FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — N°

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue*


PAR LOUIS-PIERRE OVION,

Né à Boulogne-sur-Mer, le 10 octobre 1850,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.


DU

# MANUEL OPÉRATOIRE DE L'OVARIOTOMIE

PRATIQUÉE PAR LA VOIE ABDOMINALE

DANS LES CAS DE TUMEUR KYSTIQUE DE L'OVAIRE

*Président :* M. GOSSELIN, *professeur.*

*Juges* MM, { , *professeur.*
, , *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*


PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1880

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE

**Doyen**.................. M. VULPIAN.
**Professeurs**.......... MM.

Anatomie.................................... SAPPEY.
Physiologie.................................... BECLARD.
Physique médicale.............................. GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale......... WURTZ.
Histoire naturelle médicale...................... BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........ BOUCHARD.
Pathologie médicale.............................. JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale.......................... TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique.......................... CHARCOT.
Histologie.................................... ROBIN.
Opérations et appareils.......................... LE FORT.
Pharmacologie.................................. REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale........... HAYEM.
Hygiène.................................... BOUCHARDAT,
Médecine légale.................................. BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.................. PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie..... LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale........ VULPIAN.
Clinique médicale.............................. SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants.............................. PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.............................. BALL.
Clinique chirurgicale.............................. RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique.................... PANAS.
Clinique d'accouchements.................... DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques............ FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

*Professeurs honoraires :*

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

**Agrégés en exercice.**

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| B. ANGER. | DELENS. | HENNINGER. | POZZI. |
| BERGER. | DIEULAFOY. | HUMBERT. | RENDU. |
| BERGERON. | DUGUET. | DE LANESSAN. | RICHET. |
| BOUCHARDAT. | DUVAL. | LANCEREAUX. | RICHELOT. |
| BOURGOIN. | FARABEUF. | LEGROUX | RIGAL. |
| CADIAT. | FERNET. | MARCHAND. | STRAUS. |
| CHANTREUIL. | GAY. | MONOD. | TERRIER. |
| CHARPENTIER. | GRANCHER. | OLLIVIER. | TERRILLON |
| DEBOVE. | HALLOPEAU | PINARD. | |

**Agrégés libres chargés des cours complémentaires.**

Cours cliniques des maladies de la peau .......... MM. N.
— des maladies des enfants.......... N.
— d'ophthalmologie.................. N.
— des maladies des voies urinaires.. N.
Chef des travaux anatomiques.................. FARABEUF

*Secrétaire de la Faculté :* **A. PI**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme pro[pres à] leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRERE

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

H. CARRETTE
A. LACOUR
G. HARREWYN

A M. LE DOCTEUR C.-H. MARTIN

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR CHARCOT

Professeur à l'Ecole de médecine,
Membre de l'Académie de médecine, etc..

Salpétrière. — (Externat 1874).

A LA MÉMOIRE DE

M. LE DOCTEUR ISAMBERT

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

Lariboisière. — (Externat 1875).

M. LE DOCTEUR MOISSENET

Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

ôtel-Dieu. — (Externat 1876).

M. LE DOCTEUR GOSSELIN

Professeur à l'Ecole de médecine.
Membre de l'Institut.

Charité. — (Internat provisoire 1877).

M. LE DOCTEUR LABOULBÈNE

Professeur à l'Ecole de médecine.

Charité. — (Internat provisoire).

M. LE DOCTEUR TERRILLON

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

Hôpital temporaire. — (Internat provisoire 1877).

M. LE DOCTEUR PÉRIER

Professeur agrégé de l'Ecole de médecine.

Salpétrière. — (Internat 1878).

M. LE DOCTEUR NICAISE

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

Salpétrière. — (Internat 1878).

M. LE DOCTEUR TERRIER

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

Salpétrière. — (Internat 1878).

M. LE DOCTEUR DESPRÉS

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.

Hôpital Cochin. — (Internat 1879).

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur agrégé à l'Ecole de médecine.
Directeur de l'Amphithéâtre des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Président de la Société de chirurgie.

Hôpital Beaujon. — (Internat 1880).

M. LE DOCTEUR BROUARDEL

Professeur à l'Ecole de médecine.

M. LE DOCTEUR VERNEUIL

Professeur à l'Ecole de médecine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET VÉNÉRÉ MAITRE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Nous prions M. MARIAUD d'accepter nos remercîments pour la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition les planches qui figurent dans notre thèse.

# DU MANUEL OPÉRATOIRE

# DE L'OVARIOTOMIE

PRATIQUÉE PAR LA VOIE ABDOMINALE

## DANS LES CAS DE TUMEUR KYSTIQUE DE L'OVAIRE

## INTRODUCTION.

Dans le cours de notre internat nous avons eu l'occasion d'assister à douze opérations d'ovariotomie faites soit à la Salpêtrière, soit à l'hôpital Beaujon, soit dans la pratique particulière de nos maîtres, MM. Tillaux, Périer, Terrier. Dans sept de ces opérations, toutes pratiquées par M. le Dr Tillaux, nous avons servi d'aide principal. Nous avons pu nous rendre compte de la variété des cas, de la multiplicité des difficultés et de l'importance des moindres détails du manuel opératoire. Nous avons cru qu'il pouvait être intéressant de réunir dans un travail d'ensemble les enseignements que nous avions recueillis dans ces circonstances. Certes nous n'avons pas la prétention de donner ici une ligne de conduite qui satisfasse aux exigences de

tous les cas possibles ; outre que pour cela notre expérience personnelle est très insuffisante, nous pensons qu'un travail complet de ce genre est impossible.

Nous aurons atteint notre but si nous réussissons à énoncer clairement les règles opératoires qui nous semblent devoir être suivies dans l'ovariotomie appliquée à la cure des tumeurs kystiques de l'ovaire. Nous n'avons eu en vue que les cas simples, c'est-à-dire non compliqués de tumeurs solides, corps fibreux, grossesse, etc.

C'est sous la direction de nos chers maîtres MM. Tillaux et Périer que nous avons entrepris ce travail. Qu'ils nous permettent de les remercier ici des excellentes leçons qu'ils nous ont données et de la bienveillante amitié qu'ils ont bien voulu nous témoigner dans le cours de nos études.

## HISTORIQUE.

Si l'on met de côté les cas dans lesquels l'extirpation des ovaires sains a été faite dès la plus haute antiquité, dans le but de conserver aux femmes ainsi mutilées une jeunesse et une beauté perpétuelles, l'ovariotomie est une opération de date toute récente. Cependant il n'est pas douteux qu'à toutes les époques de l'humanité les kystes ovariens n'aient fait de nombreuses victimes, puisque abandonnés aux seules ressources de l'organisme ils entraînent presque constamment la mort. (Velpeau, *Ovaires*. Dict. en 30 vol.) Toutefois les chirurgiens ne paraissent pas avoir songé pendant de longs siècles à la possibilité d'une cure radicale pour l'extirpation de la tumeur ovarienne. Schlenker en 1722, Willius en 1731, Peyer en 1751, Targioni en 1752 furent les premiers à discuter cette question. Presque à la

même époque, Delaporte et Morand se firent les défenseurs de cette idée et Thésen décrivit même un procédé pour pratiquer cette opération. Il faisait l'incision de la paroi abdominale le long du bord externe de l'un des muscles grands droits.

La question en était là au commencement de ce siècle. Plusieurs chirurgiens étaient convaincus de la possibilité de l'ovariotomie, mais personne ne l'avait encore pratiquée, car on ne peut guère donner nom aux opérations de Honstoun et de Laumonier (de Rouen). Le premier s'était borné à inciser un kyste, à le vider et à le laisser suppurer, le second après avoir, par une incision parallèle au ligament de Fallope, ouvert un abcès de la fosse iliaque avait accidentellement enlevé un ovaire qui se présentait dans la plaie qu'il avait faite.

Aussi ces deux observations paraissent-elles n'avoir eu aucune influence sur la question de l'ovariotomie, et c'est à un chirurgien américain, Mac-Dowel, de Kentucky, que revient l'honneur d'avoir fait le premier une opération calculée, voulue et d'avoir guéri sa malade. C'était au mois de décembre 1809, l'incision fut faite sur le côté gauche de la ligne médiane, un peu en dehors du bord externe du grand droit. Elle était longue de neuf pouces. En raison du grand volume de la tumeur Mac-Dowel dut la ponctionner pour l'attirer au dehors, il lia le pédicule, fit la section du kyste au-dessus de la ligature et ferma le ventre par une suture. La malade fut remise au lit, soumise à un régime antiphlogistique, et vingt-cinq jours après elle retournait chez elle en bonne santé. L'opération avait duré vingt-cinq minutes. Le célèbre chirurgien américain ne s'en tint pas à ce succès et jusqu'à sa mort qui arriva en 1830, il pratiqua treize ovariotomies dont huit avec succès.

Certes cette statistique est loin de valoir celle des ovariotomisies actuels, mais il nous a paru intéressant de la rappeler pour montrer dans quelle proportion avantageuse on a pu la modifier, peut-être en choisissant des cas meilleurs, grâce à la possibilité d'un diagnostic plus précis, mais aussi par un manuel opératoire mieux entendu, par un ensemble de petits soins, dont la nécessité n'a pu être bien comprise qu'après une fréquente pratique de l'ovariotomie.

Mac-Dowel eut de nombreux imitateurs en Amérique, mais c'est seulement en 1823 que, pour la première fois en Europe, l'ovariotomie fut pratiquée en Angleterre où, à la suite d'insuccès relativement nombreux à son début, elle resta longtemps contestée, puisque en 1850 encore, dans une discussion à la Société royale de médecine et de chirurgie, Lawrence crut pouvoir poser cette question : « Savoir si les essais d'extirpation de kystes ovariens pouvaient être encouragés et continués sans porter atteinte à l'honorabilité du corps chirurgical ? » On n'en continua pas moins de la pratiquer assez fréquemment, et en 1858 Spener Wells, son plus illustre représentant, inaugurait une série de succès qui, en faisant l'admiration universelle, imposait silence aux détracteurs de cette opération. Encouragés par ses brillants résultats, Tyler Smith, Baker-Brown, Clay, Hutchinson et Bryant pratiquèrent un grand nombre de fois l'ovariotomie, si bien qu'en 1864 M. Herrera-Végas pouvait réunir un total de 295 opérations avec 193 succès, soit environ 2 succès pour 3 opérations. C'était déjà un grand progrès sur la pratique de Mac-Dowel, et cependant la suite a démontré que la chirurgie pouvait mieux encore puisque dans une leçon d'adieux professée à Samaritan hôpital, 1878, Spencer

Wells annonçait que la statistique de ses dernières opérations avait été : 4 succès pour 5 ovariotomies. »

C'est aussi la statistique de l'ovariotomie en France en ce moment, ou du moins à Paris celle que donne les opérations réunies de MM. Péan, Terrier, Tillaux, Périer et Duplay. Et cependant elle n'a été définitivement acceptée parmi nous que bien des années après qu'elle était déjà journellement pratiquée par les chirurgiens anglais et américains. Deux succès en province, l'un de M. le Dr Voyezkowsky de Quingez (Doubs), 1844, et l'autre de M. Vaullegeard de Condé-sur-Noireau, 1847, passèrent presque inaperçues. Dès 1840 cependant Velpeau (à l'art. *Ovaires* du Dict. en 30 vol.) admettait la possibilité de l'extirpation des ovaires, sans l'avoir jamais pratiquée, dans certains cas déterminés, et en 1856 Cazeaux défendait chaleureusement cette opération devant l'Académie de médecine. Elle était alors presque universellement rejetée en France, si bien qu'en 1860 le bilan de l'ovariotomie était de deux succès et de six insuccès sur huit opérations. Viennent alors le travail de M. Jules Worms (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1860) sur l'extirpation des ovaires dans les pays où elle était le plus fréquemment pratiquée, puis la leçon de Nélaton, après son voyage de Londres, 1862. Dès ce moment l'ovariotomie entre dans une nouvelle phase, on ose la tenter timidement d'abord et dans des cas choisis, puis la proportion toujours croissante des succès grossit le nombre des opérateurs, augmente leur hardiesse, MM. Péan et Kœberlé sont à la tête de ce mouvement, et en moins de quinze ans cette opération est universellement acceptée parmi nous et y donne d'aussi beaux résultats qu'en aucun autre pays ; les données de la physiologie ont dû céder devant les faits de la

pratique et à la crainte exagérée qu'elles avaient fait naître d'exposer au traumatisme et au contact de l'air la séreuse péritoniale. On peut maintenant opposer les cas sans nombre dans lesquels le péritoine a été largement ouvert, le paquet intestinal mis à nu sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

L'ovariotomie donc qui, il y a moins de trente ans encore, aurait été facilement considérée chez nous comme un crime est devenue un des plus grands bienfaits de la chirurgie dans la seconde moitié de ce siècle, une opération sur la légitimité de laquelle il n'y a plus à discuter, puisque la statistique démontre qu'elle est moins meurtrière que la plupart des grandes opérations pratiquées usuellement et acceptées de tous les chirurgiens.

L'ovariotomie est aujourd'hui une opération parfaitement réglée ; mais avant qu'il en ait été ainsi il est plusieurs points très importants sur lesquels la science a été assez longue à se fixer et qui n'ont pu être jugés que par l'observation d'un grand nombre de cas. Telle est la question de l'hémostase, de la manière de traiter les adhérences, d'extraire le kyste et conséquemment de la longueur à donner à l'incision de la paroi abdominale et surtout la très importante question du pédicule. Faut-il le fixer dans la plaie abdominale au moyen du clamp, le retenir près de la paroi à l'aide des deux chefs du fil qui a servi à sa ligature ou couper ras ce fil et, après l'avoir ou non cautérisé, laisser libre le pédicule dans le ventre complètement fermé ? Ce sont là tout autant de questions auxquelles nous croyons qu'il est possible de répondre maintenant d'une manière générale, tout en reconnaissant qu'il est des cas particuliers où le chirurgien pourra et devra même se départir des règles ici tra-

cées et se conformer aux indications qui naissent en présence de difficultés imprévues et que lui suggérera son tact opératoire.

## SOINS ANTÉRIEURS A L'OPÉRATION.

Les kystes des ovaires ne sont pas des affections qui, comme la hernie étranglée, par exemple, nécessitent une intervention d'urgence, et dans lesquelles la vie de la malade dépend souvent du plus ou moins d'empressement que le chirurgien aura apporté à prendre une décision. Ici, il peut choisir son jour d'opération pour y préparer préalablement la patiente, et pour s'y préparer lui-même. Il est en effet certains soins préliminaires qu'un opérateur prudent ne saurait négliger, et dont l'expérience aujourd'hui faite a démontré toute l'importance.

Après avoir décidé l'opération, le chirurgien aura d'abord à s'occuper du local. Cette question ne peut pas lui être indifférente. Il fera choix d'un appartement dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, bien disposé, éloigné de tout foyer de contagion, pouvant être facilement aéré, facilement chauffé. Il faut, de plus, que la tranquillité puisse ne pas y être troublée. Quand il y aura possibilité de le faire, on choisira de préférence un appartement à deux pièces pouvant facilement communiquer ensemble pour toutes les nécessités du service : une chambre à coucher, de laquelle on a soin d'éloigner tous les objets d'encombrement, et une chambre de *décharge* qui sera en même temps la chambre d'opération ; c'est là qu'est disposé tout l'appareil instrumental dont la vue pourrait effrayer la malade ; c'est là aussi que sont toutes les pièces

de pansement, qu'on prépare les linges chauds, que se tiennent les gens de service chargés de nettoyer les éponges, etc. Ces deux chambres seront très sérieusement nettoyées. Il sera prudent de lessiver le parquet et les murs avec l'eau phéniquée ou une autre solution désinfectante.

Il faut, de plus, placer près de l'opérée une ou plusieurs gardes qu'on lui fera préalablement connaître, et pour lesquelles elle n'éprouvera pas de sentiments d'aversion. Ces gardes seront choisies avec soin, et doivent avoir une certaine habitude de ce genre de malades. Spencer Wells demande qu'elles sachent se servir de la sonde et du thermomètre.

Si l'on opère à l'hôpital, il faut que la malade y soit installée depuis plusieurs jours déjà, qu'elle y soit bien acclimatée, habituée aux personnes qui l'entourent, au régime de la maison. Elle doit avoir une très grande confiance en son chirurgien qui, de son côté, cherchera par tous les moyens en son pouvoir à la lui inspirer. Pour cela, il faut qu'elle soit convaincue de l'intérêt qu'il lui porte, du prix qu'il attache au succès de l'opération.

Le chirurgien s'attachera à lui démontrer que l'ovariotomie est pour elle la seule chance de salut, le seul moyen d'échapper à une mort certaine dans un avenir plus ou moins éloigné, et que tous les autres modes de traitement seraient impuissants à prévenir ce fatal dénouement. En résumé, il faut qu'en présence du malaise qu'elle éprouve de sa tumeur abdominale, des souffrances réelles que celle-ci lui occasionne en certains cas, de la conviction bien arrêtée qu'elle n'en guérira pas sans intervention chirurgicale; il faut que pour toutes ces raisons, la malade arrive non seulement à consentir à l'opération, mais à la récla-

mer et même à la désirer comme une véritable délivrance. Il y a là, dans ces dispositions morales, des conditions extrêmement favorables pour rendre heureuses les suites d'un traumatisme opératoire aussi considérable que celui nécessité par l'ovariotomie. Personne aujourd'hui ne saurait en contester l'importance.

Kœberlé veut de plus, quand il y a lieu, que ses opérées mettent ordre à leurs affaires spirituelles et temporelles, afin que, l'opération achevée, elles aient l'esprit absolument libre de toute préoccupation. Toutefois ce conseil ne nous paraît pas devoir être érigé en règle générale ; il y a là une question d'une grande délicatesse dans laquelle on ne saurait apporter trop de tact et de réserve.

Doit-on dire aux malades le jour de l'opération ? La plupart des ovariotomistes le font. M. Péan, toutefois, n'en use pas ainsi d'ordinaire. Sa malade a donné d'une façon formelle son assentiment à l'opération ; alors il ne la prévient pas, il vient seulement près d'elle pour essayer le chloroforme, pour voir si elle en supportera bien l'administration pendant longtemps ; et, l'anesthésie obtenue, il procède à l'opération. Le but d'une pareille conduite est certainement très honorable ; M. Péan cherche à épargner à ses malades les terribles angoisses de l'attente. Car quoi de plus pénible pour certaines femmes pusillanimes, quand elles sont prévenues, que la nuit qui précède une opération dont souvent la gravité ne leur échappe pas ! Évidemment il y a là une question de déontologie médicale qui mérite de mûres réflexions, et dont on ne doit pas s'affranchir avec trop de légèreté. Volontiers, nous serions opposé à la pratique de M. Péan, tout en maintenant nos réserves pour tel cas particulier, pour telle malade qui réclame des ménagements spéciaux.

Enfin, est-il des circonstances où l'on peut laisser complètement ignorer à la malade l'opération, où l'on peut la pratiquer à son insu, sans avoir préalablement réclamé son consentement? C'est encore là une question difficile, mais à laquelle toutefois nous croyons devoir faire une réponse affirmative, sous ces trois conditions expresses :

Si la mort est imminente ;

Si on est sûr que la malade refuserait certainement l'opération ;

Si, en troisième lieu, la famille la réclame.

Ces trois causes réunies, nous nous croirions suffisamment autorisé à intervenir, tout en faisant des vœux pour ne jamais nous trouver, dans notre carrière, en présence d'une nécessité aussi pénible et pour l'accomplissement de laquelle nous aurions besoin de toute la force que peut seul donner le sentiment d'un devoir à remplir.

Nous croyons avoir suffisamment indiqué les dispositions morales dans lesquelles nous désirons que la malade se trouve au moment de l'opération, avoir insisté assez longuement sur la conduite à tenir par le chirurgien pour l'amener à cette grave détermination, il ne nous reste plus maintenant, pour terminer ce chapitre, qu'à indiquer quelques soins préliminaires communs à toutes les grandes opérations et dont quelques-uns sont plus spéciaux aux traumatismes de la séreuse péritonéale.

Les jours précédents la malade devra prendre un o plusieurs bains simples, afin de donner à la peau un grande propreté et d'en assurer ainsi le parfait fonction nement. Quelques chirurgiens soumettent préalablemen leurs opérées à un régime tonique dont le quinquina et le préparations ferrugineuses forment ordinairement la bas Le traitement ferrugineux est même conseillé par Simpso

pour toutes les opérations graves. Il en fait un altérant prophylactique de la pyohémie ou septicémie. Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, il nous semble que, dans quelque cas, cette pratique sera avantageusement suivie.

La veille de l'opération il faudra vider l'intestin de la malade en lui administrant un purgatif : huile de ricin ou eau de Sedlitz, et le matin même, un lavement. En agissant de la sorte on arrive à obtenir le repos de l'intestin pour plusieurs jours, surtout si, comme cela se pratique assez souvent, on ajoute à cela l'usage de l'opium. Quelques ovariotomistes, surtout les Anglais, font prendre à leurs malades dans les jours qui suivent l'opération des poudres absorbantes : sous-nitrate de bismuth, charbon, dans le but de prévenir le développement des gaz intestinaux.

Tel est l'ensemble de précautions qu'il nous parait bon de prendre avant de pratiquer l'ovariotomie. L'observation rigoureuse de toutes ces précautions n'est pas de nécessité absolue pour le succès, mais l'expérience a suffisamment démontré toute leur importance, pour qu'il ne soit pas permis à un opérateur prudent de les négliger.

## INSTRUMENTS NÉCESSAIRES.

Si les instruments qui sont nécessaires pour l'extirpation d'un kyste de l'ovaire dans un cas simple sont très peu nombreux, d'autre part l'imprévu de l'opération est si grand et les surprises si fréquentes, que le chirurgien doit se munir avant de commencer l'opération de tous les instruments que les éventualités peuvent rendre utiles, et les avoir à sa portée. Tous ceux qui ont une certaine pratique

de l'ovariotomie savent qu'il est très difficile, et dans bien des cas impossible, de préciser à l'avance l'état du kyste et ses connexions avec les organes abdominaux et pelviens. Les chirurgiens même qui ont le plus d'autorité dans la matière ne se font pas scrupule d'avouer que souvent le diagnostic exact est impossible. Aussi les instruments dont nous allons donner la nomenclature et la description, et dont la liste pourrait paraître trop longue, sont-ils de nécessité absolue, même pour les cas qui paraissent les plus simples.

D'abord, sur quelle table d'opération doit-on placer la malade ? Nous nous trouverons en contradiction avec beaucoup d'auteurs et en particulier avec Spencer Wells. L'éminent ovariotomiste, dans le livre dont nous avons déjà parlé, écrit ce qui suit :

« La plupart des chirurgiens qui ont operé avant moi, et beaucoup le font encore, plaçaient la malade dans la position assise, près du bord du lit, les jambes largement écartées, les pieds soutenus par des tabourets, le dos et la tête appuyés sur des oreillers. J'ai opéré ainsi mes trois premiers cas, mais il était si difficile de maintenir la malade bien couverte, elle était si exposée à la syncope sous l'influence du chloroforme, il était si difficile de s'opposer à l'issue des intestins, et d'accomplir d'une façon satisfaisante les différents temps de l'opération, que j'essayai le décubitus horizontal dans mon quatrième cas et que je l'ai toujours préféré depuis lors (1). »

En effet, le chirurgien anglais opère sur une table étroite. Il se tient debout sur le côté droit de l'opérée. Cette pratique n'est pas celle que nous avons eu l'occasion

(1) Spencer Wells. Diseases of the Ovaries. London, 1872.

de voir suivre par nos maîtres. Toutes les opérations d'ovariotomie auxquelles nous avons assisté ont été faites sur le lit Péan-Cintrat, construit par Guéride. dont nous donnons la figure ci-contre.

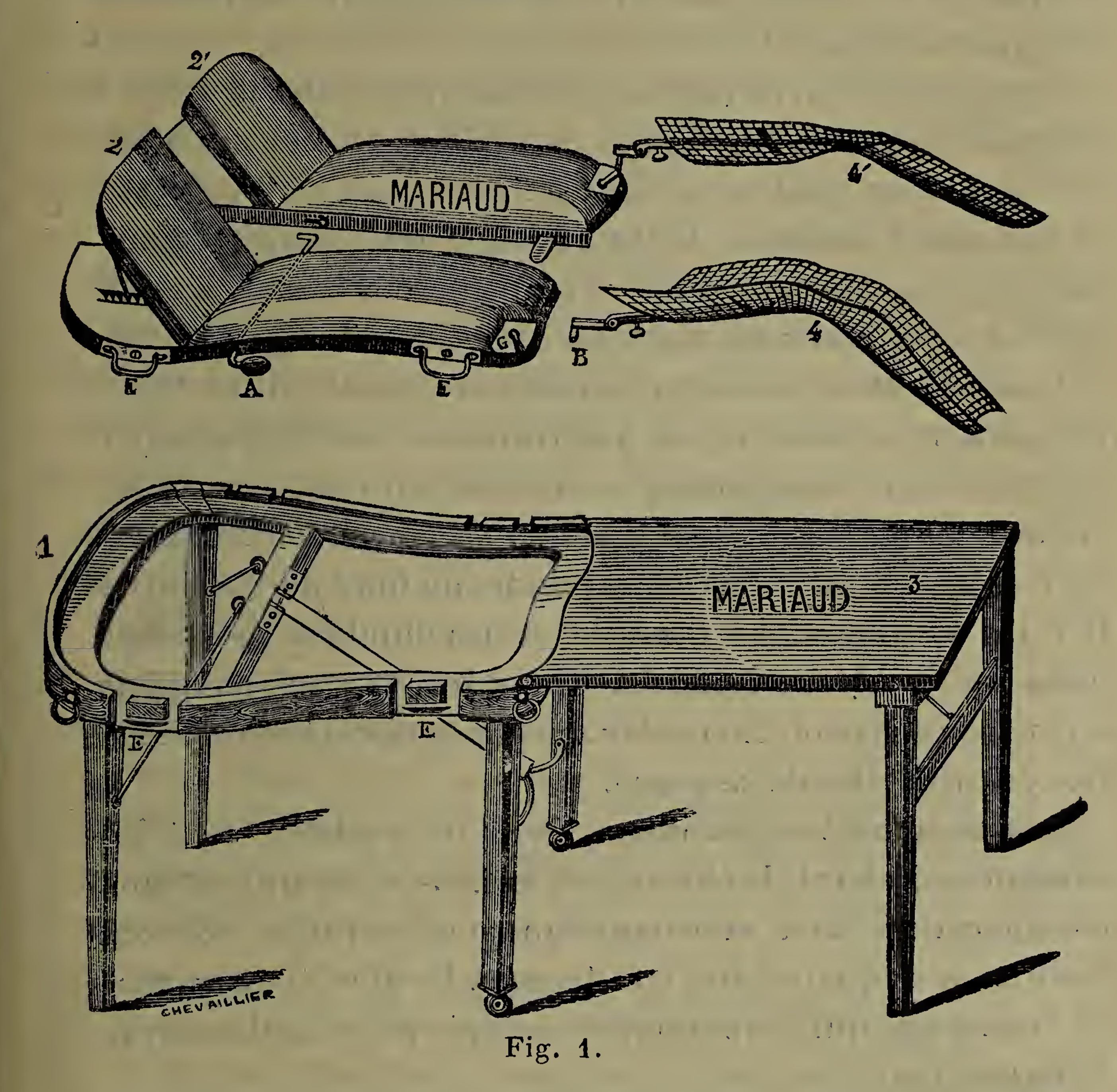



Fig. 1.

Ce lit se compose d'une charpente de table (1) sur laquelle s'adaptent comme un couvercle les deux tablettes rembourrées (2 et 2'), lesquelles se séparent facilement l'une de l'autre comme le montre la figure, disposition qui trouve son utilité au moment où l'on reporte l'opérée dans son lit. A cette premières pièce s'en adapte une autre (3) qui sup-

porte les jambes de la malade et qui, au moment où l'anesthésie est suffisante, est remplacée par les deux gouttières (4 et 4'). Ces gouttières jouent dans une rainure circulaire et peuvent être fixées par une cheville quand l'écartement est jugé suffisant.

Placée sur ce lit, l'opérée est dans le décubitus dorsal horizontal, la tête relevée par un oreiller, les cuisses horizontales et les jambes pendantes fixées dans les gouttières et fortement écartées. Cette pratique nous paraît réunir plusieurs avantages et n'avoir aucun des inconvénients que Spencer Wells lui reproche.

Dans une série de leçons publiées en juin et juillet 1873, dans le British Médical Journal, il professe en effet que, dans la position entre les jambes de la malade, qui est celle préférée encore par Baker Brown et la plupart des ovariotomistes français, il est difficile d'atteindre au fond du bassin, de lier les vaisseaux, et d'empêcher les liquides de tomber dans la cavité péritonéale. Dans les 12 cas auxquels nous avons assisté, nous n'avons pas constaté une seule fois de difficultés de ce genre.

En revanche les avantages de cette position sont les suivants : d'abord, le chirurgien est assis, ce qui est une considération qui a sa valeur dans une opération souvent laborieuse et quelquefois très longue. De plus, il est en face de l'opérée ce qui lui permet de suivre plus facilement la ligne médiane.

Enfin, les deux cotés de l'opérée étant libres, le chirurgien peut disposer de deux aides assis comme lui, qui ne le gêneront en aucune façon et dont la présence est souvent de première nécessité.

Nous avons donné la description et la figure du lit Guéride, parcequ'il est le plus employé et le plus commode,

mais ce n'est pas à dire qu'on ne puisse réunir les mêmes avantages, ou du moins les plus importants de ces avantages, sans y avoir recours. Il sera toujours facile, sur une table ordinaire un peu étroite et un peu basse, de faire fixer des gouttières dans le degré d'écartement voulu, et de suppléer ainsi au lit Guéride. Nous avons servi d'aide dans une opération pratiquée dans ces conditions par M. le docteur Tillaux, à l'hôpital Beaujon.

Les conditions essentielles sont, que la table soit basse (0,70 de hauteur suffisent) et assez étroite pour que les aides placés de chaque côté de la malade arrivent facilement à la ligne médiane. Elle sera garnie d'un matelas peu épais et résistant, couvert d'une toile cirée.

Quand nous décrirons l'opération proprement dite, nous dirons comment la malade doit y être amenée, installée et fixée.

Les instruments nécessaires sont les suivants :

*Une sonde de femme.* — *Un rasoir.* — *Deux bistouris droits, à forts, manche fixe.*

*Deux sondes cannelées.*

Spencer Wells a imaginé une sonde cannelée particuculière, qu'il appelle *directeur* et qui ne nous paraît pas avoir d'avantages sur la sonde cannelée ordinaire.

*Deux pinces à disséquer.*

*Deux paires de forts ciseaux droits et courbes.*

*Deux forts écarteurs à manche ou deux rétracteurs de la paroi abdominale* (fig. 2).

*Cinquante pinces hémostatiques de Péan.*

*Un gros trocart à poinçon mobile* avec tube d'écoulement en caoutchouc. — Ce tube doit porter un indicateur en verre pour que le chirurgien puisse surveiller facilement l'écoulement du liquide.

*Un grand aspirateur* contenant six litres au moins, permettant de vider rapidement le kyste (fig. 3).

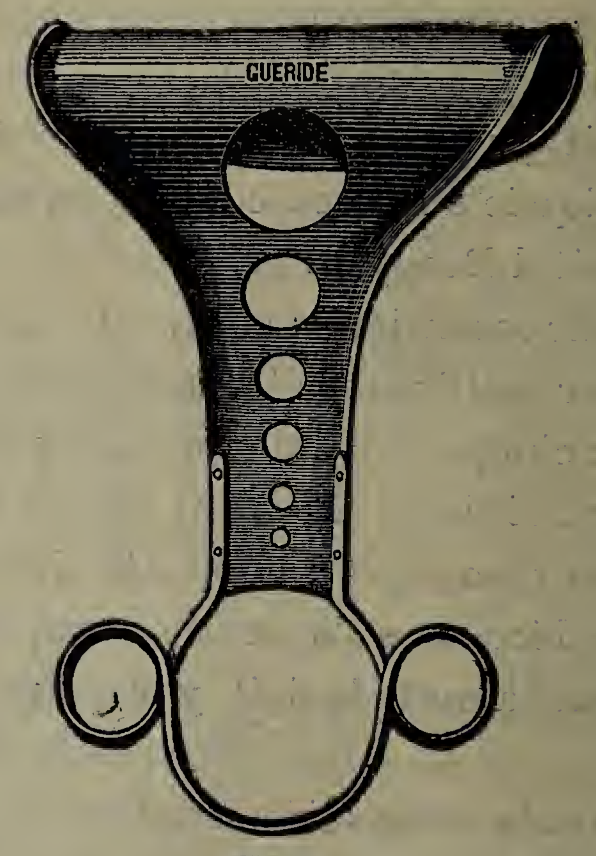



Fig. 2.

Il y a un grand avantage à se servir d'un trocart de gros calibre et à faire usage de l'aspiration. On évite ainsi que le liquide kystique qui trouve un écoulement facile par cette voie large et en quelque sorte forcée, ne tombe dan la cavité abdominale.

*Six pinces à kystes à plateau carré modèle Péan* (fig. 4).

*Six pinces à kystes à plateau rond.*

*Une spatule à manche.*

*Deux fortes aiguilles mousses à manche.*

*Deux aiguilles de Deschamps.*

*Douze pinces hémostatiques, mors en T, modèle de M. Th. Anger.*

*Six pinces hémostatiques, mors en T., grand modèle de M. Tillaux.*

*Trois pinces hémostatiques fenêtrées, dites en cœur.*
*Trois pinces hémostatiques en L.*

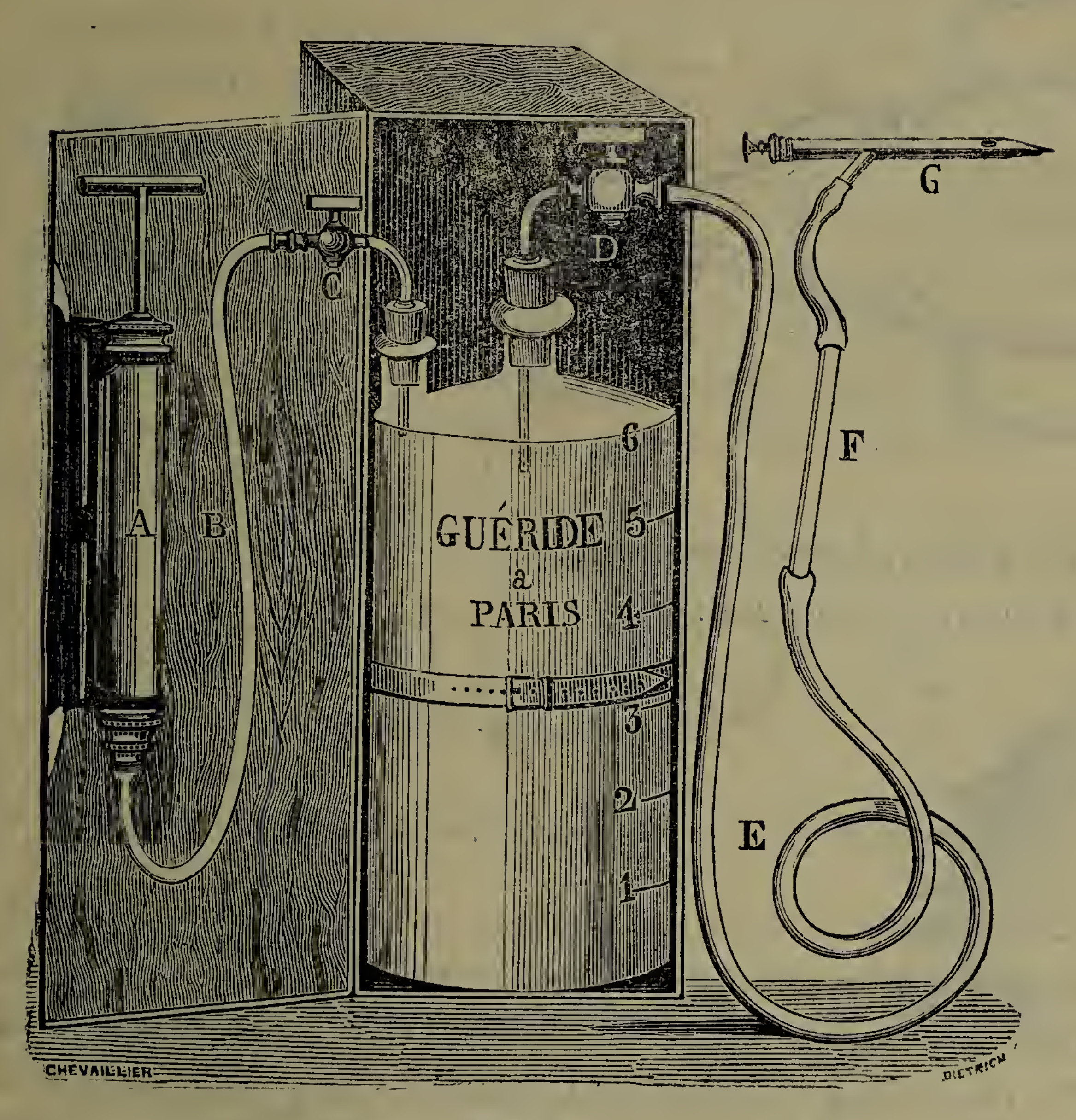



**Fig. 3.**

*Quatre ligateurs Cintrat* (fig. 5).

L'instrument se manœuvre de la façon suivante : Les fils après avoir contourné la tumeur sont fixés en C et l'on opère la constriction au moyen d'une vis de rappel en faisant tourner la partie D. Pour lier le fil, on fixe la partie A, et l'on inprime au corps de l'instrument un mouvement de rotation à l'aide des deux grands anneaux qu'il présente. On obtient alors une ligature par torsion du fil représenté

Ovion.

en E. Quand la torsion du fil est suffisante, on coupe le fil en B et on enlève l'instrument.

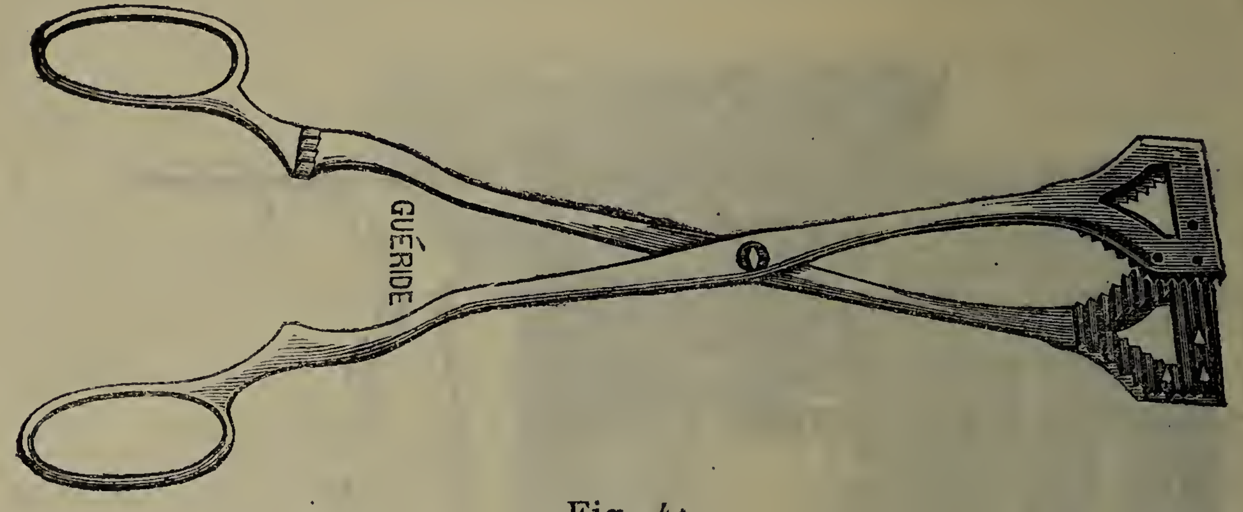



Fig. 4.

*Une pince plate et coupante.*
*Dix longues broches droites.*

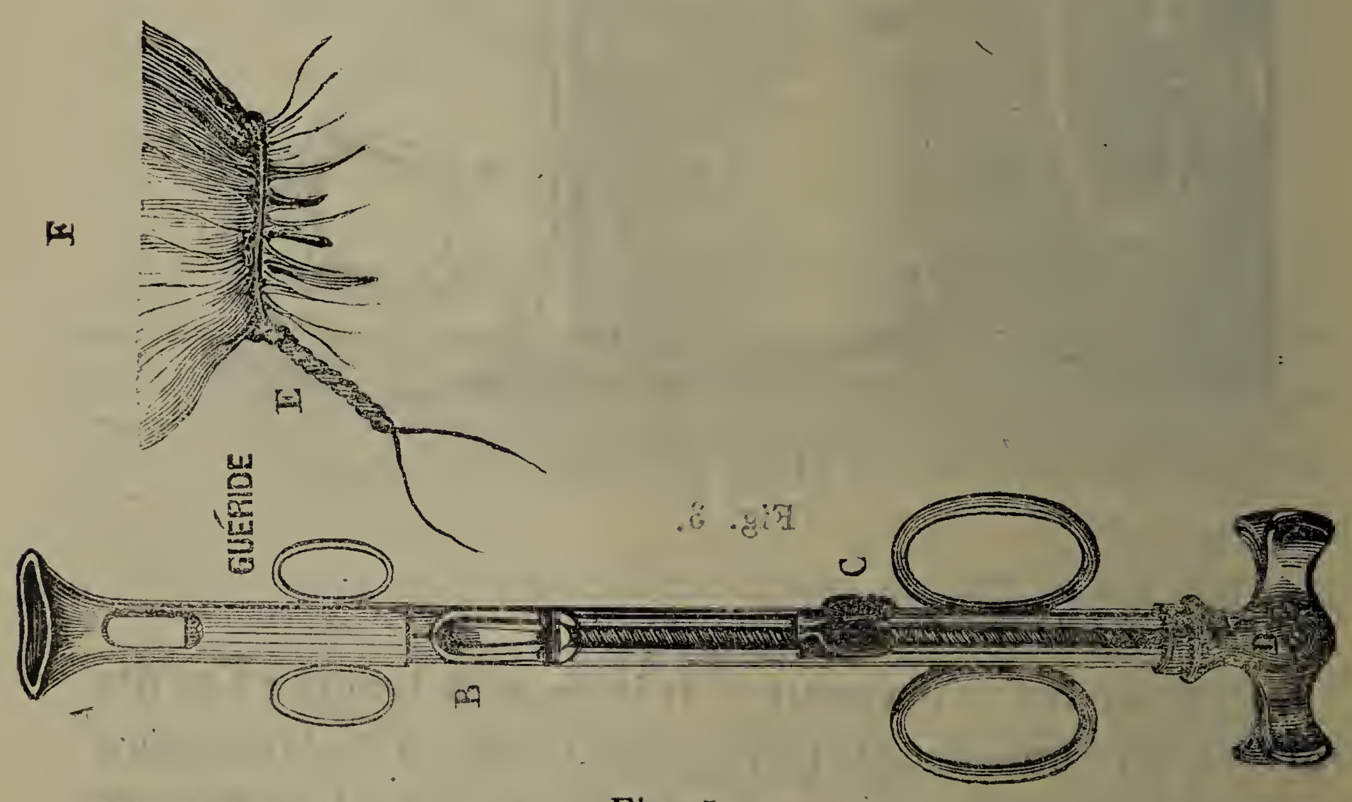



Fig. 5.

*Quatre broches courbes.*
*Deux aiguilles tubulées porte-fil.*
*Deux pinces porte-aiguilles.*

*Des aiguilles à suture.*

*Du fil de soie, et d'argent de différentes grosseurs.*

*Dix flacons de catgut de différents numéros.*

*Cinquante éponges fines.* — Ces éponges doivent être neuves, avoir été débarrassées de toutes leurs concrétions calcaires avec le plus grand soin. Beaucoup de chirurgiens prennent la précaution de les enfermer dans de grands bocaux remplis d'une solution phéniquée et les y maintiennent pendant plusieurs jours avant l'opération.

*Vingt éponges montées.* — Pour lesquelles les mêmes précautions seront prises.

*Dix litres d'une solution phéniquée ainsi formulée :*

| | | |
|---|---|---|
| Nº 1. | Eau | 1.000 |
| | Alcool | 25 |
| | Acide phénique cristallisé | 25 |

*Trois litres d'une solution phéniquée ainsi formulée :*

| | | |
|---|---|---|
| Nº 2. | Eau | 1.000 |
| | Alcool | 50 |
| | Acide phénique cristallisé | 50 |

*Des bassins et des cuvettes en quantité suffisante.*

*Un pulvérisateur à vapeur.*

*Cent serviettes chaudes.*

Un fourneau sera disposé à cet effet dans la chambre d'opération. Il sera couvert d'un grand cylindre d'osier sur lequel on étendra les serviettes sur plusieurs épaisseurs.

*Soixante mètres de bande de toile.*

*De la ouate non glacée.*

*Un bandage de corps en flanelle* long de deux mètres.

Et tout ce qui est nécessaire au pansement antiseptique de Lister.

Les instruments avant l'opération seront placés dans des bassins remplis de la solution phéniquée n° 2 chaude.

Le pulvérisateur sera mis en marche et maintenu sous pression. Il contiendra la solution phéniquée n° 2. On emploie la solution forte parce que par le fait même de la pulvérisation, elle se trouve mélangée à une grande quantité de vapeur d'eau.

La ouate sera disposée en rouleaux en quantité suffisante pour recouvrir les deux jambes.

Six serviettes seront pliées en cravate.

*Préliminaires de l'opération.* — Lorsque le chirurgien s'est assuré par lui-même que tout est disposé comme nous venons de l'indiquer, il procède à ce qu'on peut appeler la toilette de la malade qui doit être faite dans la deuxième chambre; la malade ne devant être admise dans la chambre d'opération qu'au moment même où celle-ci doit commencer.

Le chirurgien s'assurera que la malade ne porte aucun vêtement qui la serre et que la chemise est assez large pour être facilement relevée jusqu'aux aisselles, puis il pratiquera l'enveloppement des jambes. Celui-ci se fait avec une couche de ouate maintenue par une bande roulée, et doit remonter jusqu'aux aines. Plusieurs précautions sont indispensables ; d'abord il ne faut pas faire de compression, l'enveloppement n'étant destiné qu'à empêcher le refroidissement pendant et après l'opération ; en second lieu il faut que la bande recouvre exactement la ouate sans en laisser la moindre partie à découvert.

Cette précaution est surtout nécessaire aux aines pour empêcher que pendant l'opération aucune parcelle de ouate ne puisse se détacher et être portée dans la cavité périto-

néale soit par la main d'un aide, soit par un instrument.

De plus, il est bon par-dessus ces bandes de disposer des serviettes ou des morceaux de flanelle les couvrant complètement et maintenus seulement par quelques tours de bande ou mieux encore par des épingles dites épingles à nourrice.

Le but de cette précaution est d'empêcher les bandes d'être souillées pendant l'opération. Lorsqu'après celle-ci on fera la toilette de la malade, ces serviettes seront enlevées et le bandage d'enveloppement des jambes sera trouvé intact.

La malade sera ensuite soigneusement rasée, jusqu'à la symphyse pubienne et le ventre sera bien nettoyé de l'huile ou du cérat qui aura servi à cette opération ainsi que des poils coupés qui pourraient rester collés sur la paroi abdominale.

La toilette de la malade est alors achevée et tout est prêt pour l'opération.

[illegible] chirurgien aura choisi ses aides et leur aura distribué leur rôle en leur en donnant tous les détails et en leur recommandant bien de s'en tenir exclusivement à leurs attributions pendant tout le temps de l'opération.

Le succès d'une opération dépend souvent de ces moindres précautions.

Le nombre et le rôle des aides nécessaires sont les suivants :

Un pour le chloroforme ou l'agent anesthésique choisi.

Un de chaque côté de la malade dont la mission est d'aider plus spécialement le chirurgien et de suivre exactement et immédiatement toutes ses instructions, sans prendre d'initiative personnelle.

Deux aides pour les éponges, l'un chargé de donner les éponges propres, l'autre de recevoir celles qui ont servi, de les laver et de les remettre dans le bassin rempli d'eau phéniquée tiède où elles doivent toutes repasser avant de servir de nouveau

L'aide chargé de passer les éponges propres, sera debout tenant dans les mains une serviette chaude dans laquelle seront exprimées et maintenues les éponges jusqu'au moment où elles seront demandées.

Il s'assurera avant de les remettre aux chirurgiens qu'elles ne contiennent aucun gravier ni aucun brin de linge ou de ouate à leur surface. Ce n'est pas un des moindres rôles dans une opération de ce genre.

Enfin un dernier aide dont les attributions sont d'une importance capitale est celui chargé de passer les instruments. Bien [souvent son adresse, sa célérité et sa prévoyance évitent une grande perte de temps, considération très importante dans cette opération dont la brièveté est jugée par les plus compétents chirurgiens comme le meilleur élément de succès. Une ou plusieurs répétitions de tous les temps de l'ovariotomie sont nécessaires quand celui à qui ce rôle doit incomber n'en a pas l'expérience et même l'habitude (1).

En outre de ces aides, plusieurs serviteurs seront disposés pour passer les serviettes chaudes, les bassins contenant les différentes solutions, etc.

Enfin tous ces rôles bien distribués, tous ces préparatifs

(1) Spencer Wells opère cependant avec un nombre beaucoup plus restreint d'aides. Deux lui suffisent, un en face de lui sur le côté gauche de la malade, et un autre pour l'anesthésie. Il prend lui-même ses instruments qui sont préparés sur une table à sa portée. Les éponges lui sont passées par des serviteurs.

terminés la malade est introduite dans la chambre d'opération. Souvent elle pourra y venir d'elle-même. Dans ce cas on la fera coucher sur la table d'opération et on commencera immédiatement l'anesthésie.

Mais, dans d'autres cas, lorsque par exemple, on aura affaire à une malade pusillanime l'anesthésie pourra être faite dans la deuxième chambre et alors la malade sera apportée tout endormie sur la table d'opération. On comprend que ces règles ne peuvent être fixes et varient avec chaque cas particulier.

Toutes les opérations que nous avons vu faire ont été pratiquées sous le chloroforme et nous n'avons pas constaté les inconvénients que lui reprochent Spencer Wells et d'autres ovariotomistes anglais et américains. Ceux-ci lui préfèrent d'autres agents anesthésiques ou le combinent avec des injections hypodermiques de morphine.

Spencer Wells emploie depuis très longtemps le bichlorure de méthylène. Il s'en est servi plus de 900 fois et n'a jamais eu la moindre inquiétude dit-il, pendant l'opération dans cette longue série de cas. Nous croyons que le chloroforme est un excellent anesthésique quand il est bien administré et que la principale condition pour atteindre ce but est que l'aide chargé de ce soin en ait la préoccupation constante et exclusive. Les menaces de vomissements qui suspendent forcément l'opération, les craintes de syncope et en général les accidents de l'emploi du chloroforme sont presque toujours le résultat d'un manque d'attention. Aussi sera-t-il bon d'avoir, même pour ce soin, un aide habitué à l'ovariotomie, pour que sa préoccupation exclusive soit celle de l'anesthésie.

Dans le cas où l'anesthésie n'a pas été obtenue avant d'amener la malade dans la chambre d'opération, dès que

la période d'excitation commence on s'occupe de fixer la malade sur la table d'opération.

Pour cela on démonte la partie mobile de la table et les gouttières sont fixées dans le degré d'écartement voulu par le chirurgien. Les jambes de la malade y sont maintenues par des serviettes pliées en cravate dont l'une embrasse la partie supérieure de la cuisse, une autre le genou, et une troisième le cou-de-pied. Spencer Wells fixe simplement es cuisses avec une sangle.

Il prend de plus la précaution qui nous paraît bonne à suivre, mais que nous n'avons pas vu employer, d'attacher les mains de la malade de chaque côté de la table, à l'aide d'entraves embrassant les poignets et assez lâches pour ne pas blesser la malade.

Nous pensons que ce qui pousse les chirurgiens à laisser les mains libres est la préoccupation de l'exploration du pouls pendant l'anesthésie. Mais outre qu'il est difficile de soutenir cette exploration pendant tout le temps de l'opération, tant à cause de la fatigue qui en résulte que de la gêne qu'elle peut occasionner aux opérateurs, l'inspection des mouvements respiratoires et l'observation des phénomènes pupillaires (1) suffisent pour donner les indications de l'anesthésie.

Une autre raison, c'est que dans la méthode que l'a on peut appeler française le nombre d'aides est suffisant pour que les mains de la malade soient facilement tenues, tandis qu'avec un seul aide, dans les conditions où opère Spencer Wells, cela serait dans certains cas impossible.

(1) Recherches cliniques expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme. Budin et Coyne. Arch. de Phys., 1875.

La poitrine de la malade sera alors couverte soigneusement d'un morceau de flanelle jusqu'au niveau de l'ombilic, la chemise sera relevée jusqu'aux aisselles.

Spencer Wells simplifie cet ensemble de précautions en couvrant l'opérée d'une toile de caoutchouc percée d'un trou ovale qui ne laisse à découvert que la paroi abdominale et dont les bords sont fixées sur la peau par une bandelette d'un diachylon particulier.

On lave alors la paroi abdominale avec une solution phéniquée et on pratique le cathétérisme.

Le chirurgien et ses aides se lavent soigneusement les mains dans la solution phéniquée et l'opération proprement dite commence.

Le chirurgien incise couche par couche la paroi abdominalé sur la ligne médiane dans une étendue de 10 à 12 cent., commençant à quelques centimètres de l'ombilic pour finir à quelques centimètres de la symphyse pubienne. L'ouverture ainsi pratiquée donne accès sur le kyste, qui vient faire saillie entre les lèvres de l'incision.

Sur le point le plus saillant de cette partie de la tumeur le chirurgien ponctionne avec le gros trocart préalablement mis en communication avec l'aspirateur par un tube de caoutchouc, et il vide le kyste de tout le liquide qu'il contient.

Puis il retire le trocart et place sur la plaie faite par ce dernier à la paroi kystique une pince à kyste destinée à en faire l'obturation.

Il tire alors doucement et par de petits mouvements répétés sur la tumeur, qu'il extrait petit à petit de la cavité abdominale, pendant que les aides placés de chaque côté de la malade ont pour mission d'appliquer le plus exactement possible les lèvres de la plaie abdominale sur les

parois du kyste et de s'opposer ainsi à l'issue de l'intestin.

La tumeur ainsi attirée au dehors de l'abdomen, son pédicule, suivant la méthode choisie par l'opérateur ou nécessitée par le cas, est saisi entre les branches d'un clamp, embroché ou simplement lié.

Puis, quand il y a lieu, le chirurgien nettoie soigneusement le petit bassin du liquide ou du sang qui y a été épanché au cours de l'opération.

Enfin il ne reste plus qu'à pratiquer la fermeture de la cavité abdominale.

Cette rapide description permet de voir qu'on peut diviser l'ovariotomie en plusieurs temps, qui sont les suivants :

1° Ouverture de la cavité abdominale.
2° Ponction évacuatrice du kyste.
3° Extraction de la tumeur.
4° Traitement du pédicule.
5° Toilette du péritoine.
6° Fermeture de la cavité abdominale.

Nous ne nous dissimulons pas ce que cette division peut avoir de factice, ou tout au moins de purement théorique.

Nous savons qu'en dehors du premier et du dernier temps, qui restent toujours bien distincts, les éventualités de l'opération peuvent intervertir l'ordre de ces différents temps ou les faire empiéter l'un sur l'autre.

Ce n'est donc que pour la clarté et la facilité de l'exposition que nous avons adopté la division en temps distincts. Nous allons dans des paragraphes séparés entrer dans le détail de ces différents temps et passer en revue les difficultés que chacun d'eux peut présenter.

## OPÉRATION.

### 1° OUVERTURE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

La malade étant couchée d'aplomb sur la table, le chirurgien détermine bien la ligne médiane.

Plusieurs ovariotomistes et des plus expérimentés, parmi lesquels nous citerons Spencer Wells et M. Péan, ne dédaignent pas de la tracer à l'encre ou au crayon dermographique. Il est en effet très important de diviser la paroi abdominale sur la ligne blanche. Nous avons vu dans un cas de laparotomie faite par notre maître M. le docteur Tillaux l'ouverture de la gaine d'un des muscles droits créer de réelles difficultés pour les sutures au moment de la fermeture du ventre. Nous reviendrons plus loin sur ce fait.

« Il n'est pas toujours facile, dit Spencer Wells, de suivre la ligne blanche. Souvent un des droits a été repoussé sur un côté ou étalé sur la face antérieure de la surface du kyste. Anatomiquement il paraît être d'une certaine importance de ne pas ouvrir la loge d'un muscle droit, mais chirurgicalement cela ne me semble pas en avoir. »

Cependant un peu plus loin il semble revenir sur cette opinion, et il dit que lorsqu'une de ces gaines est ouverte et un peu tourmentée dans le cours de l'opération, on peut observer des abcès profonds de la paroi.

L'incision doit être faite couche sur couche au bistouri et commencée à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic pour se terminer à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Cette limite inférieure est imposée pour

ne pas dépasser le niveau du cul-de-sac vésico-pariétal du péritoine. Les couches qu'on rencontre successivement sont les suivantes :

1° La peau ;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins chargé de graisse ;

3° L'entrecroisement des fibres aponévrotiques qui constituent la ligne blanche ;

4° Les différentes lames du fascia transversalis dont la superficielle adhère intimement à la ligne blanche, tandis que la profonde est lâchement unie au péritoine. La quantité de graisse contenue dans cette couche prépéritonéale est très variable et quelquefois épaisse d'un ou plusieurs centimètres ;

Enfin le péritoine.

La disposition et l'aspect de ces différents plans sont loin d'être toujours normaux. Il peut exister une infiltration œdémateuse qui dissocie les lames du fascia transversalis, ou bien une inflammation venue du kyste et propagée de dedans en dehors peut avoir fondu ces différentes couches en une seule masse lardacée, et il peut même devenir très difficile dans certains cas d'adhérences de distinguer la paroi abdominale de la tumeur. Spencer Wells signale dans certains cas la présence de pelotons graisseux entre les mailles de la ligne blanche. « Cette disposition, dit-il, peut en imposer à des ovariotomistes inexpérimentés pour de l'épiploon et faire croire que la cavité péritonéale est ouverte. »

Une autre erreur qui peut encore être faite, et qui l'a été en réalité, peut avoir des conséquences très fâcheuses. C'est celle qui consiste à prendre la lame profonde du fascia transversalis pour la paroi kystique, dans le cas où, du liquide se trouvant libre dans la cavité péritonéale, soit

qu'il provienne du kyste soit d'une ascite, ce liquide fait saillir le fascia tranversalis. Le danger est le suivant. Croyant avoir pénétré jusqu'au kyste et avoir ouvert la cavité abdominale, des opérateurs pensant avoir affaire à un kyste adhérent ont décollé le prétendu kyste, c'est-à-dire le péritoine sur une vaste étendue. On conçoit tout le danger d'une semblable manœuvre.

Dans le cas où un doute se présenterait à l'esprit du chirurgien sur une disposition de ce genre, il ne peut y avoir grand inconvénient à ponctionner la partie saillante, même dans le cas où ce serait le kyste.

Spencer Wells pratique l'incision du péritoine de la façon suivante. Il se sert d'un crochet à deux pointes pour le fixer, et le soulevant un peu, il l'incise en un point en y faisant une ouverture assez grande pour y passer son « directeur », qui n'est autre chose qu'une sonde cannelée plate et large, puis il incise en suivant la rainure de la sonde avec un bistouri boutonné. Peut-être vaut-il mieux, après avoir fait au péritoine une ouverture assez large pour y introduire un ou deux doigts inciser le péritonie avec des ciseaux en se servant de la face palmaire des doigts pour diriger l'instrument. On peut ainsi se rendre mieux compte de ce que l'on fait et éviter de blesser la paroi du kyste ou l'intestin, s'il se présentait.

Un des points les plus discutés de ce temps de l'opération est incontestablement la longueur à donner à l'incision. On a été jusqu'à faire deux méthodes différentes basées sur cette longueur, « l'opération major » et « l'opération minor. »

Kœberlé et Spencer Wells ont beaucoup insisté sur ce point, et ce dernier écrit : « Quand un kyste peut être enlevé par une incision qui ne remonte pas au-dessus de

l'ombilic, les probabilités de succès sont beaucoup plus grandes que lorsqu'il devient nécessaire d'étendre l'incision beaucoup au delà de l'ombilic. »

Sur une série de 500 cas, Spencer Wells, prenant pour moyenne une incision de 6 pouces, donne la statistique suivante :

| | Cas. | Guérisons. | Morts. | Mortalité 0/0 |
|---|---|---|---|---|
| N'excédant pas 6 pouces. | 440 | 337 | 103 | 23,4 |
| Excédant 6 pouces . . . . | 60 | 36 | 24 | 40 |

Ne pourrait-on pas objecter à cette opinion, qu'outre la valeur de la longueur de l'incision, il faut aussi tenir compte de ce fait que les tumeurs qui nécessitent de longues incisions sont déjà, soit par leur volume, soit par les adhérences qu'elles ont contractées, d'un pronostic plus grave que celles qui peuvent être extraites par de petites incisions ?

Sur ce point, nous nous rallions entièrement à l'opinion de notre maître, M. Tillaux, et nous pensons qu'il y a toujours bénéfice à agrandir l'incision quand, soit à cause de son volume, soit à cause de ses adhérences, la tumeur ne peut être extraite sans tiraillements ; nous pensons et nous espérons démontrer plus loin qu'il ne faut jamais, moins encore peut-être dans l'ovariotomie que dans aucune autre opération, agir à l'aveugle, et que toute manœuvre doit être faite en connaissance de cause et avec toute la surveillance qui peut seule donner des garanties sérieuses de succès (1.

Mais on devra toujours au début faire une incision ne

(1) On trouvera l'exposé d'opinions analogues dans Brit. Med. Journal, janv. 1878. Leçons sur l'ovariotomie, par J. Thornburn.

dépassant pas les limites que nous avons assignées plus haut. Quand les éventualités de l'opération exigeront que cette incision soit agrandie, nous pensons que la meilleure pratique est celle que nous avons constamment vu suivre par M. Tillaux. Elle consiste à continuer l'incision en sectionnant en masse toute l'épaisseur de la paroi abdominale avec de forts ciseaux. On est surpris dans ces circonstances du peu de sang fourni par la plaie. Il est évident qu'il y a là un mécanisme de sections pécial qui prévient l'hémorrhagie. Probablement cette particularité tient à ce que les ciseaux sont contondants en même temps que tranchants, et à ce qu'ils aplatissent les vaisseaux avant de les couper. La marche des ciseaux sera comme précédemment guidée par deux doigts, l'index et le médius de la main gauche introduits dans la plaie abdominale, la face palmaire tournée en haut et servant en même temps, par l'écartement qu'on leur donne, à tendre la paroi abdominale sur l'instrument.

L'incision, quand elle devra dépasser l'ombilic, sera dirigée sur le côté gauche, pour éviter la blessure du ligament suspenseur du foie, dans lequel il existe parfois des veines assez volumineuses pour donner une hémorrhagie inquiétante.

Il sera quelquefois nécessaire de prolonger l'incision jusque près de l'appendice xyphoïde.

On a même pratiqué dans certains cas une incision cruciale intéressant tout le plan musculaire de la paroi abdominale antérieure. Ces larges incisions ne sont presque jamais nécessitées par des tumeurs kystiques dont le volume peut toujours être réduit dans certaines limites, et il nous paraît qu'avec le procédé du morcellement on pourra

dans tous les cas de tumeurs kystiques éviter un tel délabrement.

Au chapitre de l'historique nous avons parlé des incisions pratiquées en dehors de la ligne médiane, soit sur le bord externe d'un muscle droit, soit sur une ligne oblique parallèle au ligament de Fallope. Ces variétés d'incision sont à juste titre abandonnées aujourd'hui.

Au fur et à mesure de la section des différents plans de la paroi abdominale, l'hémostase sera faite par des pinces à forcipressure qu'on laissera à demeure jusqu'à la fin de l'opération ; on évitera autant que possible les ligatures pendant ce temps de l'opération. Celles-ci, en effet, outre qu'elles occasionnent une perte de temps souvent inutile, attendu que les vaisseaux divisés étant petits la forcipressure pendant le temps de l'opération suffira à les oblitérer, ont encore cet inconvénient qu'elles pourraient être au moment de la fermeture du ventre comprises dans les sutures et enfermées dans la cavité abdominale.

Quoi qu'il en soit, l'hémostase devra être complète avant l'ouverture de la cavité péritonéale. A ce moment s'échappe le liquide ascitique, si l'abdomen en contient. On lui laissera un libre cours. Un seau sera placé entre les jambes de l'opérateur, à l'effet de le recevoir.

## 2° PONCTION ÉVACUATRICE DU KYSTE.

Dans les cas simples, dès que le péritoine a été divisé, on voit apparaître la tumeur entre les lèvres de l'incision. Sa consistance fluctuante, sa surface lisse et unie, son a sp e nacré, sont, la plupart du temps, suffisamment caractéristiques pour ne pas permettre le doute ; mais lorsqu'il existe

des adhérences à la paroi abdominale antérieure, il peut se faire qu'il y ait une telle fusion entre celle-ci et la tumeur qu'il devienne impossible d'en trouver la limite exacte. Nous verrons plus loin quelle est la conduite à tenir en pareille circonstance ; nous supposerons pour le moment un cas simple.

Avant de pratiquer la ponction, il sera toujours bon, par la plaie abdominale d'explorer la surface antérieure du kyste. On pourra déjà par cet examen, acquérir des notions sur la présence et la nature des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen.

Cette manœuvre, s'il se présentait des anses intestinales en avant de la tumeur, permettrait de les repousser. Ce cas est exceptionnel, au point qu'on en a voulu faire un signe distinctif pouvant servir à éliminer, dans un diagnostic différentiel, l'idée d'un kyste de l'ovaire. Cependant Spencer Wells en a rencontré plusieurs exemples.

Le chirurgien procède alors à la ponction de la tumeur. Sur la partie la plus saillante, il enfonce le gros trocart de l'aspirateur dans lequel le vide a été préalablement fait et vérifié. La tumeur se vide rapidement. Lorsqu'il juge qu'elle est suffisamment réduite de volume il la saisit au niveau de l'ouverture faite par l'incision, avec une pince à kyste et retire en même temps le trocart dont il ne peut y avoir qu'avantage à laisser subsister en ce moment la communication avec l'aspirateur.

Quelquefois cette seule ponction suffit et on peut commencer le troisième temps de l'opération c'est-à-dire l'extraction de la tumeur.

Mais les choses ne se passent toujours aussi simplement, les cas de ce genre sont même l'exception.

D'abord, comme nous le disions plus haut, le kyste peut

adhérer d'une façon si intime à la paroi abdominale antérieure qu'on ne puisse trouver de ligne de démarcation entre celle-ci et la paroi de la tumeur.

Spencer Wells, dans ce cas, conseille de continuer l'incision jusqu'à ce qu'on trouve un point libre et de commencer la rupture des adhérences à partir de ce point. Mais il peut arriver qu'on n'en trouve pas et nous avons assisté M. Tillaux dans une opération faite sur une malade de la ville, où il a été impossible de faire le départ entre la tumeur et la paroi abdominale. Il s'agissait d'un énorme kyste multiloculaire très ancien, et une incision de 12 cent. environ n'ayant point fait découvrir de point libre d'adhérences sur la surface du kyste qui paraissait entièrement fondu avec la paroi, la seule ressource a été l'incision large et le drainage de la plaie dans l'angle inférieur.

D'autre part, les cas sont fréquents dans lesquels la ponction doit être multiple ou même reste insuffisante.

La grande majorité des kystes sont multiloculaires et même parmi ceux qui sont considérés comme uniloculaires on peut dire que presque tous ne le sont qu'au point de vue opératoire.

Il arrive donc souvent que la ponction n'ayant vidé qu'une seule loge du kyste, celui-ci se trouve à peine réduit de volume. Lorsque ce cas arrive, il faut, sans retirer le trocart, chercher d'autres poches et les ponctionner successivement jusqu'à ce qu'on juge la tumeur amenée au volume qui lui permettra de sortir par l'incision abdominale. Si cette manœuvre ne suffit pas ou ne réussit pas et qu'il faille retirer le trocart pour ponctionner d'autres poches dont on ne peut avoir l'accès que directement par la plaie abdominale, il ne faudra jamais le faire sans avoir préalablement disposé une pince à kyste sur la paroi de la poche

déjà ouverte de telle façon que l'ouverture en soit complètement fermée et que le liquide ne puisse tomber dans la cavité péritonéale.

Mais dans certains cas, malgré le gros calibre du trocart malgré l'aspiration, la consistance du contenu du kyste est telle, que l'écoulement ne peut avoir lieu, ou bien encore les poches principales sont bourrées de petites poches secondaires qu'une ponction ne peut arriver à vider. Il faut alors, suivant le conseil donné par Spencer Wells, inciser largement le kyste, y introduire la main et en extraire la masse contenue, ou exprimer les loges secondaires en rompant leur cloisons avec les doigts. C'est une sorte de pétrissage qui se passe à l'intérieur du kyste. Deux fois nous avons vu M. Tillaux avoir recours à cette manœuvre et en obtenir le meilleur résultat. Un seul danger est à craindre et la réserve doit en être faite, c'est celui de l'hémorrhagie possible à l'intérieur du kyste, s'il arrivait qu'on rencontrât de gros vaisseaux dans les parois kystiques que l'on déchire. Il faudrait alors se hâter d'arriver au pédicule et en faire la ligature temporaire en masse.

### 3° EXTRACTIONDE LATUMEUR.

Le troisième temps de l'opération est certainement celui dans lequel les plus sérieuses difficultés apparaissent, et celui qui réserve le plus de surprises même aux ovariotomistes consommés. C'est alors aussi que les aides sont de la plus grande utilité et que leur attention doit être le plus en éveil et le plus soutenue.

Nous avons laissé l'opération au moment où, la ponction faite, une pince a été placée sur l'ouverture faite par le

trocart à la paroi du kyste. A l'aide de cette pince, ou en pinçant directement avec les doigts la paroi de la tumeur, le chirurgien l'attire doucement à lui, en prenant soin de la dégager d'abord par sa partie supérieure. Nous verrons bientôt pourquoi la manœuvre doit être faite dans ce sens.

A ce moment les aides doivent redoubler d'attention. Munis de serviettes chaudes dont ils ont garni les côtés de l'abdomen dès que le kyste a commencé à se vider pour compenser la déperdition de chaleur produite par la soustraction brusque d'une quantité parfois considérable de liquide, ils appliquent les lèvres de la plaie sur la tumeur qui doit glisser sur elles. Ils appuient pour cela doucement sur les côtés de la plaie abdominale, le bord cubital de leurs deux mains se continuant l'un l'autre et placés parallèlement à la lèvre correspondante de la plaie. Le point capital pour eux est de surveiller et d'empêcher l'issue de l'intestin. Quand ils n'auront pu s'y opposer ils devront immédiatement le couvrir d'un linge chaud sans s'occuper de le réduire mais en le maintenant et en prévenant l'issue d'une plus grande quantité. Mais dans les cas les plus simples (kyste sans adhérences), il est de règle, quand l'opération est bien faite que l'intestin ne se montre pas.

La tumeur est ainsi petit à petit amenée à l'extérieur et la plaie resserrée au fur et à mesure de l'extraction, de façon qu'au moment où le kyste est tout à fait sorti il n'existe plus entre les lèvres de l'incision que son attache pédiculée.

Mais de nombreuses difficultés viennent compliquer ce temps de l'opération. Nous allons les passer en revue et indiquer la conduite à tenir lorsqu'elles se présenteront.

D'abord, malgré les ponctions multiples, ou même le pétrissage, il peut encore rester des parties solides considé-

rables dans l'épaisssеur des parois du kyste et presque toujours au fond d'une grosse poche, on trouve un gâteau polykystique; mais il est bien rare que ces masses soient assez volumineuses pour ne pouvoir passer par une incision remontant au-dessus de l'ombilic.

Quoi qu'il en soit, il ne faudra pas hésiter à agrandir l'incision pour extraire facilement la tumeur. « Ceci, dit Spencer Wells, faisant allusion à l'agrandissement de l'incision abdominale, est moins dangereux qu'aucune espèce de tentative pour *exprimer* une grosse tumeur par un orifice de sortie étroit ; ou bien le kyste peut éclater et son contenu se répandre dans la cavité abdominale, ou bien les lèvres de la plaie sont si contuses que la réunion par première intention peut manquer ou bien les lésions du péritoine sont telles qu'il en résulte une péritonite mortelle ou de la gangrène. »

Cependant le volume des parties solides peut être assez considérable pour nécessiter une nouvelle manœuvre, celle du morcellement de la tumeur.

Pour la pratiquer le chirurgien transfixe d'une broche la partie de la tumeur qu'il peut attirer hors de l'abdomen sans exercer de tiraillement sur la plaie et en descendant le plus bas qu'il lui sera possible sur la tumeur. Au dessous de cette broche un fil de fer est appliqué puis très fortement serré et tordu, à l'aide du ligateur Cintrat. La constriction une fois bien faite, ou pourra sectionner la partie de la masse solide située au dessus de la ligature. Il sera ensuite possible, grâce au resserrement produit par cette ligature, à cette sorte de pédiculisation artificielle, de faire saillir une nouvelle portion de la tumeur hors de l'abdomen et de poser sur elle une nouvelle ligature de la même façon. Cette manœuvre sera répétée autant de fois

qu'il sera nécessaire et toute la masse pourra ainsi être extraite par fragments sans que l'on s'expose à tourmenter les lèvres de l'incision, Aucune hémorrhagie ne sera à craindre si les ligatures successives sont bien faites. Il faudra aussi s'abstenir de fixer la tumeur pendant ces manœuvres avec des pinces à crochets ou des érignes pour éviter la rupture des petites poches kystiques qui se rencontrent souvent dans ces parties solides, et la déchirure de vaisseaux qui pourraient donner du sang.

Ces difficultés ne sont pas les seules que l'on rencontre pendant ce temps de l'opération. Les plus sérieuses, les plus imprévues et par conséquent celles qui nécessitent le plus de sang-froid, de présence d'esprit et de décision de la part du chirurgien sont celles qui proviennent des connexions de la tumeur avec les organes voisins. Les adhérences les plus fréquentes sont sans contredit, celles qui existent avec la paroi abdominale et avec l'épiploon. Il est bien peu de kystes de l'ovaire dont l'extraction se fasse sans qu'on rencontre plusieurs brides membraneuses qui le rattachent à ces organes.

Les adhérences à la paroi sont disposées tantôt en plaques, tantôt en filaments plus ou moins grêles. Les adhérences à l'épiploon sont le plus souvent sous forme de brides ou de rubans quelquefois extrêmement longs et grêles. Presque toujours il est facile avec les doigts ou avec le bord de la main, celle-ci étant appliquée par sa face palmaire sur la tumeur à la convexité de laquelle elle s'adapte de rompre ces adhérences et souvent l'hémorrhagie est nulle ou assez insignifiante pour être négligée. Dans d'autres cas et toutes les fois qu'un vaisseau volumineux existera dans une bride il faudra sectionner soit entre deux fils, soit entre deux pinces s'il est nécessaire d'aller vite.

Si l'on place des ligatures il sera toujours bon de couper les fils immédiatement au ras du nœud pour éviter de laisser dans l'abdomen des corps étrangers inutiles.

Ces adhérences sont quelquefois très larges, et très résistantes, et leur ligature ne peut être faite qu'en les divisant en plusieurs fractions. Dans ces circonstances les larges pinces en T permettent de ne pas s'attarder à faire pendant le cours du troisième temps, une série de ligatures dont quelques-unes peuvent devenir inutiles, (en tout cas celles du bout adhérent à la tumeur le sont toujours) et de réserver pour la fin de l'opération toute l'hémostase qui restera nécessaire.

Mais ces adhérences ne sont pas celles qu'il faut redouter le plus. Celles dont il est parfois difficile, toujours délicat de libérer la tumeur sont celles qui la rattachent aux viscères. Les plus fréquentes de celles-ci sont celles du petit bassin. Il n'est pas rare de rencontrer sur une des faces de la tumeur une des trompes. Dans un cas où nous avons assisté M. le Dr Tillaux, sur une malade de province, après l'incision du péritoine la tumeur se présenta à la boutonnière péritonéale bridée par une véritable sangle membraneuse épaisse de 1/2 centimètre, large de 2 ou 3 et longue de 4 et 5. C'était la trompe du côté malade très hypertrophiée ou plutôt devenue fibreuse et énorme et qui libre dans sa partie moyenne adhérait par son extrémité externe au kyste avec lequel elle était fusionnée. Cette énorme bride fut liée en trois ligatures faites avec du très fort catgut. La malade guérit très bien.

Voici comment il est le plus facile de procéder à cette ligature en plusieurs masses des adhérences volumineuses. Avec une forte aiguille mousse à manche on perfore la bride membraneuse d'outre en outre; un fil est passé dans

le chas de l'aiguille, de telle façon que l'anse du fil soit au niveau du chas et que les deux chefs soient assez longs pour comprendre dans un nœud la moitié ou le tiers de l'adhérence, suivant qu'on veut la partager en deux ou en trois parties. Puis l'aiguille est retirée suivant le même trajet qu'elle a parcouru et ramène avec elle l'anse du fil. On coupe alors cette anse et les deux moitiés du fil sont ensuite liées séparément sur chacune des parties de l'adhérence qui leur correspondent. On répète cette manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire pour séparer la bride membraneuse en petites masses dont la ligature puisse être facile et efficace. Puis les fils sont tous coupés au ras du nœud, et on sectionne l'adhérence le plus près possible de celui-ci en évitant toutefois d'aller assez loin pour que la ligature puisse échapper.

De quelle nature doit être le fil qui servira dans ces circonstances ?

Nous avons constamment vu employer le catgut phéniqué. C'est à lui que nous donnerions la préférence parce qu'il est très facilement résorbable. On pourrait employer aussi du fil de soie. Quelques ovariotomistes en font usage. Mais nous avouons ne pas comprendre pourquoi Miner, sans s'expliquer d'ailleurs, engage à se servir d'un fil métallique.

Il peut arriver que le kyste adhère en plaque à certains organes, et qu'après la rupture de ces adhérences il se trouve sur l'organe intéressé une plaie saignante, comme cela arrive parfois pour l'utérus. Dans ce cas il faudra se comporter comme si l'on avait affaire à une plaie ordinaire et en faire la suture. C'est à notre maître M. le Dr Perier que nous devons cet enseignement.

Les adhérences à l'intestin sont fréquentes et souvent

quand elles sont résistantes exposent à la blessure de l'organe. Voici ce qu'écrit Spencer Wells à ce sujet :

« Quelquefois des adhérences étendues cèdent à un très faible effort, mais d'autres demandent une grande force pour être rompues. Les adhérences sont rarement assez résistantes pour nécessiter leur section par le couteau et les ciseaux ; quand tel est le cas, il vaut mieux couper une petite partie du kyste et la laisser adhérente à l'intestin ou à quelque autre viscère, que de causer aucun dommage en essayant de l'enlever en totalité. »

Et il ajoute :

« Je n'ai jamais fait cela, parce qu'après avoir séparé le kyste de la paroi abdominale, l'avoir vidé et tiré au dehors avec les portions d'intestin et d'épiploon qui y adhéraient, j'ai toujours pu en pratiquer la séparation complète, quoique de grandes précautions aient été nécessaires pour éviter la lésion de l'intestin (1). »

M. le Dr Tillaux a opéré à Ecouen une malade d'un kyste de l'ovaire dont la paroi inférieure était si intimement unie à la vessie qu'il ne put l'en séparer. Il se décida à laisser une portion de la paroi kystique adhérente à la vessie et libre dans la cavité abdominale. La malade guérit.

Dans une opération récemment faite à l'hôpital Beaujon, et qui est intéressante à plusieurs points de vue pour le sujet que nous traitons, un cas analogue s'est présenté. Il s'agissait d'un homme à qui M. Tillaux enleva une tumeur

(1) On voit d'après cet extrait que le grand ovariotomiste anglais a l'habitude avant de ponctionner le kyste de glisser la main entre lui et les parois abdominales et de détruire ces premières adhérences avant de vider la tumeur. « Mais, dit-il, si les adhérences sont très serrées la conduite la plus sage est de vider le kyste avant de chercher à les détruire. »

kystique du mésentère qui compromettait la vie par une compression de l'intestin manifestée par des accidents chroniques d'occlusion intestinale. La laparotomie fut faite dans les conditions exactes de l'ovariotomie telle que nous la décrivons. M. Tillaux ne pouvant énucléer le kyste, ni l'enlever par la dissection, en laissa une portion de forme circulaire et d'un diamètre d'environ 10 centimètres libre dans la cavité péritonéale. Le malade guérit parfaitement de l'opération et de tous les accidents qui l'avaient nécessitée.

Nous citons ce fait pour prouver qu'une portion de kyste peut être laissée libre dans l'abdomen sans occasionner le moindre accident.

La ligature n'est pas le seul mode de traitement appliqué aux adhérences et bien des ovariotomistes sont d'avis qu'il vaut mieux les sectionner avec le cautère actuel. Cette pratique ne nous paraît avoir aucun avantage sur la ligature. S'il est vrai qu'elle évite de laisser du fil dans la cavité abdominale, d'autre part l'hémostase est moins assurée et les parties escharifiées ne nous semblent pas moins inoffensives que le catgut.

Il arrive parfois que la paroi du kyste est très mince ou très faible et que sous l'influence des plus légères tractions elle se déchire, et le liquide morbide fait irruption dans la cavité péritonéale. Dans ces circonstances il ne faut pas songer à arrêter l'issue du liquide, comme cela peut se faire sur un kyste à paroi résistante, avec une pince qui en obture l'orifice. La paroi ne supporte pas la pince, et le seul résultat que l'on obtienne est une ouverture plus large. La seule préoccupation du chirurgien, dans ce cas, doit être d'aller vite, et il ne doit pas hésiter à agrandir son incision pour extraire plus facilement la tumeur. Nous

avons assisté à une opération faite dans un cas de ce genre par notre maître M. le Dr Perier. A la moindre tentative de traction le kyste se rompait sous les doigts de l'opérateur. L'incision fut largement agrandie, et la tumeur qui était volumineuse fut extraite rapidement. La malade guérit.

Le chirurgien au fur et à mesure que la tumeur sort par l'ouverture abdominale se sert d'une main pour la soutenir et de l'autre il détache les adhérences ou tire sur la paroi du kyste. Toutes les fois que les circonstances exigeront qu'il ait les deux mains libres il donnera la tumeur à tenir à l'un des aides. Celle-ci doit en effet être toujours soutenue, et aucune traction ne doit être faite sur le pédicule ou sur les adhérences qui ne soit intentionnelle et consciente de la part de l'opérateur.

Nous avons dit au commencement de ce paragraphe que les efforts d'extraction faits dans le but d'amener la tumeur d'arrière en avant devaient porter sur la partie supérieure du kyste, et non sur sa partie inférieure. Nous avons en effet noté dans une de nos observations que l'intestin était sorti en assez grande quantité, et nous avons pu nous rendre compte dans ce cas du mécanisme de cet accident. M. le Dr Tillaux nous en donna l'explication suivante : Le kyste dans ce cas était libre dans le petit bassin, mais il adhérait par en haut à l'épiploon. M. Tillaux pensa à le dégager d'abord par sa partie libre et opéra des tractions sur sa partie inférieure. L'intestin trouvant le petit bassin vide s'y précipita et fit issue par l'angle inférieur de la plaie qui est toujours moins bien protégé par les aides que l'angle supérieur. La quantité d'intestin sortie fut assez considérable pour nécessiter un taxis de plusieurs

minutes au moment de la fermeture du ventre. Malgré cette complication la malade guérit.

Il est à peu près impossible de prévoir toutes les complications opératoires qui peuvent survenir pendant ce temps de l'ovariotomie.

Les lésions des viscères seront traitées suivant les circonstances. Si l'intestin a été atteint par un instrument ou que des tractions sur des adhérences aient déterminé sa rupture, le chirurgien suturera la plaie, suivant les procédés ordinaires de suture de l'intestin.

L'ovariotomie a été pratiquée dans des cas compliqués de grossesse, de corps fibreux, de tumeurs variées de l'abdomen, de hernie ombilicale, etc.; il n'entre pas dans le plan de notre travail de traiter de ces complications dont nous n'avons d'ailleurs vu aucun exemple.

Mais il est évident que le mode opératoire variera pour chacun de ces cas et pourra se compliquer de toutes les éventualités inhérentes aux complications elles-mêmes.

L'opération a aussi été pratiquée sciemment dans le cours d'inflammation aiguë soit du kyste, soit de la séreuse péritonéale elle-même. A part le nombre un peu plus grand peut-être des adhérences, et surtout celui des vaisseaux dont la ligature a été nécessaire nous n'avons rien trouvé dans les observations que nous avons lues (1) qui fût nouveau au point de vue opératoire et qui tînt à la présence de l'inflammation.

Pendant toute la durée de ce temps de l'opération les précautions dont nous avons parlé au commencement re-

(1) Thomas Keith, Edimb. med. Journ., 1875. American journal of med. sciences 1872, p. 113. Cases of ovariotomy by Washington L. Atlee reported by J. Ewing Mears.

latives à l'issue de l'intestin seront rigoureusement maintenues.

C'est là le rôle principal des deux aides latéraux. En règle générale ils doivent s'abstenir de toute autre intervention ; le chirurgien qui opère doit être le seul qui mette les mains dans la cavité péritonéale ou qui y porte des instruments ou des éponges. Cette précaution ne semblera pas superflue si l'on sait qu'à Spencer Wells lui-même il est arrivé, dans deux cas qu'il raconte dans ses leçons, d'oublier des éponges dans le ventre et d'être obligé de défaire ses sutures (dans un des cas 12 heures après l'opération) pour retirer les éponges oubliées.

Les deux malades d'ailleurs guérirent parfaitement.

### 4° TRAITEMENT DU PÉDICULE.

Nous arrivons maintenant à une question très importante et très discutée, celle du traitement du pédicule. Nous avons assisté dans le paragraphe précédent à l'extraction du kyste, à son isolement de toutes les adhérences soit pariétales, soit viscérales qu'il présentait à sa surface. Il ne reste plus qu'un point d'attache, c'est celui par lequel la tumeur s'implante sur les organes génitaux. Quelle conduite devra tenir le chirurgien ?

Bien des systèmes ont été proposés et mis à exécution ; ils peuvent tous être groupés en deux méthodes principales.

1° La méthode extra-péritonéale.

2° La méthode intra-péritonéale.

Dans la première le pédicule est attiré au dehors avec le kyste, sectionné au ras de la paroi abdominale et fixé entre

les lèvres de la plaie où il est maintenu à l'aide de divers instruments sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Dans la deuxième méthode, le pédicule est considéré comme une adhérence et traité comme tel, c'est-à-dire abandonné dans la cavité péritonéale après avoir subi l'arrachement, la torsion, la ligature ou la cautérisation.

Les procédés employés par les chirurgiens partisans de l'une ou de l'autre méthode sont nombreux et variés.

Dans le premier cas rentrent :

1° Le clamp.

2° L'embrochement, et la ligature.

Le clamp est, en principe, un instrument à deux branches métalliques parallèles ou à courbure opposée réunies à une de leurs extrémités par une charnière et à l'autre par une tige dont la longueur règle leur écartement.

Le premier instrument de ce genre fut employé par Hutchinson, c'était un simple compas de charpentier.

Bien des modifications, bien des perfectionnements y ont été successivement apportés et on peut dire que chacun des ovariotomistes a son clamp.

Le clamp de Spencer Wells est une modification de celui de Hutchinson. Il est terminé à une des extrémités par une charnière, à l'autre par deux fortes branches qui augmentent la longueur du levier et qui se démontent lorsque la constriction a été obtenue au degré voulu et que l'instrument a été fixé par une forte vis.

On peut faire à l'usage du clamp des objections qui ne s'adressent qu'à lui et d'autres qui s'adressent à la méthode extra-péritonéale en général. Nous ne parlerons ici que des premières. D'abord pour obtenir la constriction nécessaire, le clamp aplatit beaucoup le pédicule et l'allonge

transversalement de telle façon que la plaie abdominale est fortement distendue à sa partie inférieure et cette disposition est très défavorable à la réunion. Des modifications ont été apportées pour obtenir une constriction circulaire, mais aucune n'est bien efficace et l'inconvénient de l'élongation existe toujours plus ou moins.

En second lieu, il arrive parfois ou que le clamp se desserre, ou que le pédicule fortement tendu échappe et rentre dans la cavité péritonéale. On conçoit aisément tout le danger de ces accidents.

Aussi la ligature appliquée avec l'instrument de Cintrat et suivie de l'embrochement nous parait-elle de beaucoup préférable. Voici comment nous l'avons vu appliquer dans cinq opérations, toutes suivies de succès, par nos maîtres MM. Terrier et Périer. Le kyste une fois attiré au dehors et le pédicule nettement circonscrit, une anse de fil de fer souple et solide est jetée sur lui et serrée à l'aide du ligateur Cintrat dont nous avons donné la figure et la manœuvre au commencement de notre travail. L'avantage de cet instrument sur tous les clamps est celui d'allier la torsion à la constriction du fil.

Le fil ne doit pas être coupé tout de suite et il est toujours bon de laisser l'instrument en place pendant quelque temps. Souvent en effet il est utile d'augmenter la torsion à plusieurs reprises pour obtenir une constriction suffisante et le fil une fois coupé ne peut plus être repris par l'instrument. Il faudrait alors recommencer la manœuvre en entier.

Puis sous cette anse de fil on transfixe le pédicule avec une longue broche qui soutient cette ligature par son centre et qui par ses extremités prend son point d'appui sur la paroi abdominale. On pourra également placer la broche

avant d'appliquer l'anse de fil. Cette façon de faire présente dans certains cas l'avantage de fixer la ligature et de l'empêcher de glisser sur le pédicule si celui-ci avait de la tendance à se rétracter. Une autre broche est ensuite placée de la même façon suivant le diamètre perpendiculaire à celui de la précédente.

La tension du pédicule est donc exercée sur ces deux broches et soutenue par la paroi abdominale en quatre points diamétralement opposés. Sous les extrémités des broches, on glisse soit de l'amadou, soit du taffetas gommé en quantité suffisante; soit un morceau de sonde en gomme pour protéger la peau contre une forte pression exercée en un point restreint et éviter les eschares qui en seraient le résultat.

Nous n'avons jamais vu d'accidents d'aucun genre résulter de cette pratique.

Mais des objections peuvent être faites à la méthode extra-péritonéale en général.

Lorsque le pédicule est court, il est impossible de le fixer à la paroi abdominale sans exercer sur lui des tiraillements qui sont considérés par beaucoup de chirurgiens comme la cause de vomissements, de douleurs souvent extrêmement pénibles, et d'accidents nerveux parfois redoutables.

D'autre part, la suppuration de la portion extra-abdominale du pédicule est forcée. Cette condition est considérée comme mauvaise par tous. Elle est contradictoire avec la pratique même des partisans les plus convaincus de la méthode extra-péritonéale puisque le but de tous leurs efforts est la réunion par première intention. Spencer Wells, le plus illustre et certainement le plus autorisé des ovariotomistes, est cependant resté partisan du clamp.

Presque toutes le objections qu'on a faites à son appli-

cation sont pour lui « sans fondement. » Il n'en admet qu'une, c'est celle de l'étranglement possible de l'intestin sur la bride formée par le pédicule.

Cependant il convient qu'il est des cas où le pédicule doit être traité par la méthode extra-péritonéale. Ce sont ceux dans lesquels il est « large, épais, court, ou lorsqu'il existe une large connexion entre le kyste et l'utérus, plutôt qu'un pédicule distinct. »

La deuxième méthode comprend aussi plusieurs procédés, qui sont :

1° La ligature perdue.

2° La cautérisation.

3° L'énucléation.

4° Enfin un procédé mixte dans lequel quoique le pédicule soit rentré dans la cavité abdominale, les chefs du fil qui a servi à la ligature sont maintenus entre les lèvres de la plaie de la paroi. C'est encore la pratique de Clay de Manchester.

La ligature perdue s'exécute comme si l'on avait affaire à une simple adhérence. Quelquefois un fil suffit ; le plus souvent il en faut plusieurs divisant le pédicule en autant de masses secondaires. Nous ne reviendrons pas sur cette partie du manuel opératoire dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent.

Il sera bon de ne pas couper de suite les deux chefs des fils qui lient le pédicule. L'un d'eux au moins sera conservé long et maintenu hors de la cavité abdominale par un des aides. Il servira tout à l'heure à guider le chirurgien jusque dans le pédicule quand il fera sa dernière exploration avant de fermer l'abdomen.

Beaucoup d'ovariotomistes anglais et américains cautérisent le pédicule au lieu de le lier. — On a imaginé des

clamps-cautères, c'est-à-dire des pinces qui sont chauffées au rouge et dont les mors en se rapprochant produisent la section du pédicule. Nous ferons à cette façon d'agir les mêmes objections que celles que nous avons faites à la section des adhérences par le cautère actuel.

On s'est servi aussi de l'écraseur linéaire, mais il est aujourd'hui abandonné de tous.

Le procédé de l'énucléation, imaginé en 1869 par Miner de Buffalo, et repris depuis par d'autres chirurgiens, paraît avoir donné de bons résultats.—Voici, d'après Miner, comment il convient d'exécuter ce temps de l'opération : « L'attache du pédicule au kyste est beaucoup plus facilement rompue que ne seraient disposés à le croire ceux qui n'ont pas essayé de le séparer de cette manière. Il suffira des mêmes efforts que ceux que l'on fait pour séparer les adhérences. Il faut introduire le doigt sous la partie centrale du pédicule tout en bas contre la tumeur, et par un mouvement mesuré d'élévation, lui faire suivre les faisceaux vasculaires sur les points où ils s'étendent sur la paroi de la tumeur. Rien ne peut être plus facile, ni plus vite accompli » (1).

Dans tous ces procédés le pédicule est traité comme s'il s'agissait d'une simple adhérence, et cette pratique nous paraît logique.

D'après ce que nous avons dit, on voit que c'est à la méthode intrapéritonéale que nous nous rallions ; et parmi les différents procédés, c'est à la ligature perdue que nous donnons la préférence.

(1) Ovariotomy by Enucleation, without clamp, ligature or Cautery. J.-J. Miner, professor of special Surgery in the University of Buffalo. American Journal of med. sciences. Oct. 1872, p. 391-95.

### 5° TOILETTE DU PÉRITOINE.

Après avoir extrait la tumeur, et pris son parti sur le traitement qu'il juge à propos d'appliquer au pédicule, le chirurgien doit procéder au nettoyage de la cavité péritonéale avec le soin le plus méticuleux.

La préoccupation d'aller vite qui, pendant les autres temps de l'opération est une des principales préoccupations du chirurgien, devient secondaire. C'est ici qu'il faut apporter le plus de soins et aller jusqu'au scrupule.

Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Cependant, quelques-uns ont reproché à ce temps de l'opération d'être trop long, et d'exposer par les manœuvres qu'il exige à des accidents inflammatoires. Ces objections qui, théoriquement paraissent fondées, sont réfutées par les faits mêmes. Spencer Wells qui, le premier, a insisté sur l'importance de la toilette du péritoine, n'a pas cessé d'attribuer au soin avec lequel il pratique ce temps de l'opération, une grande part dans les succès qu'il obtient. « J'ai regretté quelquefois, dit-il, de n'avoir pas assez épongé, jamais d'y avoir apporté trop de soin. »

La toilette du péritoine comprend deux points :

1° L'hémostase;

2° Le nettoyage et l'évacuation de tous les liquides contenus dans le bassin.

Nous avons dit en parlant de l'extraction du kyste que souvent il fallait appliquer sur une adhérence deux pinces en T et sectionner entre les deux pinces. Une fois le pédicule formé et la tumeur détachée, il va maintenant falloir revenir sur tous les points où on aura posé des pinces

destinées à faire l'hémostase temporaire et pratiquer l'hémostase définitive.

Souvent, dans le cours de l'opération, des pinces hémostatiques auront été précipitamment posées et quelquefois plusieurs où une seule bien appliquée aurait suffi. D'autre part, la forcipressure exercée par la pince pendant le temps qu'aura duré l'opération, aura, dans beaucoup d'endroits, suffi pour oblitérer le vaisseau qui donnait du sang. Il ne faudra donc jamais poser de ligature sur une pince sans l'avoir préalablement levée et sans avoir vérifié si elle est utile. Quand on pense que certaines ovariotomies nécessitent 50 ligatures et plus et que tous ces fils vont être laissés dans la cavité séreuse pour y subir la résorption, on comprend de quelle importance peut être pour le succès cette simple précaution.

Lorsqu'on aura manifestement affaire à une artère, et à une artère d'un certain volume, comme dans certaines brides épiploïques, par exemple, la torsion sera employée avec avantage, mais le plus souvent la ligature sera faite en masse sur la bride, soit en un temps, soit après l'avoir divisée en plusieurs masses comme nous l'avons déjà dit plus haut. Il faudra aussi, dans le choix du point où la ligature doit porter sur la bride, tenir compte de sa longueur et de l'éventualité possible d'un étranglement intestinal futur et sectionner dans le point où l'on jugera que ce danger est écarté. Il est impossible de poser une règle pour cette précaution tout à fait particulière. Chaque cas devra donner par lui-même ses indications.

Pendant tout ce temps et jusqu'à la fin, les pinces placées sur les vaisseaux qui sont situés dans la paroi abdominale et qui ont donné du sang lors de l'incision première resteront en place. Ce n'est que lorsque tout est prêt pour

la fermeture de la cavité que ces pinces pourront être enlevées, nous dirons bientôt dans quelles conditions.

Pour la toilette du péritoine, il suffit de dire que non seulement tout l'intestin doit être soigneusement débarrassé de tout ce qui le souille (liquide kystique, sang, caillots), mais que principalement ce qu'il faut nettoyer c'est le petit bassin. Pour cela on se servira d'éponges à la main et d'éponges montées. C'est ici plus que jamais qu'il faut que l'aide chargé de les passer redouble d'attention.

Les points où s'accumulent le plus facilement les liquides de toutes sortes qui ont pénétré dans la cavité abdominale sont les flancs et le bassin. C'est là que le chirurgien multipliera ses soins.

Il passera successivement des éponges fines en avant et en arrière de l'utérus, dans la gouttière des flancs en avant des reins, et partout où des adhérences auront été détachées.

La toilette du péritoine ne sera complète que lorsqu'une dernière éponge sera ressortie aussi nette de la cavité abdominale qu'avant d'y avoir été introduite.

Ce temps a une importance capitale pour prévenir l'accumulation de liquides dans les replis du mésentère ou dans les bas-fonds du bassin. Accumulation à laquelle beaucoup attribuent les accidents de septicémie et la péritonite qui, malheureusement suivent encore quelquefois l'ovariotomie.

C'est en vue de prévenir cette accumulation, ou, pour y remédier, une fois qu'elle existe, que certains ovariotomistes ont pratiqué et pratiquent encore le drainage du cul-de-sac de Douglas.

Marion Sims, Granville Bantock, Kœberlé, Keith sont les principaux partisans de cette manière de faire.

Spencer Wells lui-même, pense que le drainage doit être fait quand il y a le moindre danger d'accumulation.

On se sert à cet effet, le plus généralement, d'un tube en verre du calibre d'un centimètre. Ce tube est coudé à son extrémité pour l'empêcher de glisser et pour qu'il puisse atteindre la partie la plus déclive de la cavité péritonéale.

On a joint au drainage l'aspiration et même les lavages antiseptiques.

Nous pensons que cette méthode est tout au plus applicable à des cas où l'épanchement est manifeste et qu'il faut toujours s'en abstenir primitivement.

Avant de procéder à la fermeture de la cavité abdominale, il est une précaution que pas un ovariotomiste ne néglige aujourd'hui de prendre, nous voulons parler de l'exploration du petit bassin et en particulier de l'examen de l'autre ovaire.

Lorsque celui-ci est trouvé malade, il ne faudra pas hésiter à l'enlever ; pour cela on liera en une ou deux masses le ligament utéro-ovarien puis on excisera à distance convenable de la ligature. On évitera ainsi la récidive. On sait, en effet, que des cas se sont présentés où l'ovariotomie a été pratiquée deux fois sur la même malade. Mais il faudra bien se garder de prendre un ovaire sain pour un ovaire malade. Cette recommandation qui paraîtra peut-être superflue, nous est suggérée par le souvenir d'un cas opéré devant nous par M. Tillaux dans lequel l'ovaire sain a été trouvé en évolution menstruelle. La malade devait avoir ses règles la semaine suivante, l'ovaire était congestionné, du volume d'une grosse amande verte, un point saillant plus rouge que le reste de l'organe correspondait à la vésicule de de Graaf prête à se rompre. L'ovaire fut remis en place, et les règles n'aboutirent pas.

Une fois cette dernière précaution prise, on coupe au ras du nœud les fils qui lient le pédicule et celui-ci reprend sa place de lui-même dans le petit bassin.

Si l'intestin est sorti en quantité notable au cours de l'opération, le taxis sera quelquefois nécessaire pour les faire rentrer si l'incision est petite. Parfois même il arrive que cette manœuvre est rendue très difficile par la distension gazeuse des anses intestinales sorties. On a conseillé, dans ce cas, la ponction de l'intestin avec un trocart capillaire dans le but d'évacuer les gaz. Nous pensons qu'il vaudrait mieux agrandir l'incision si cela devenait nécessaire, que de s'exposer à blesser l'intestin.

### 6° Fermeture de la cavité abdominale.

Il ne reste plus qu'à fermer la cavité abdominale.

Toutefois avant de procéder aux sutures, le chirurgien fera une dernière et rapide exploration pour constater que rien n'a été oublié dans la cavité abdominale.

Une bonne précaution consiste à compter les éponges et les pinces avant et après l'opération afin d'être assuré de ne pas en laisser en arrière. Nous avons cité plus haut les deux cas où Spencer Wells avait oublié une éponge dans le ventre. On connaît aussi ce fait d'un ovariotomiste français qui y avait enfermé une serviette. Ces accidents arrivés aux plus habiles justifient le plus grand luxe de précautions à ce sujet.

Puis les pinces hémostatiques qui auront été placées sur les vaisseaux de la paroi abdominale pendant son incision seront enlevées et les artères tordues s'il est nécessaire. On évitera autant que possible les ligatures qui s'op-

poseraient à la réunion par première intention. D'ailleurs, le calibre des vaisseaux sur la ligne blanche est rarement assez considérable pour en nécessiter la ligature. Puis on commencera les sutures.

Sous la plaie abdominale et sur les intestins on placera une longue et large éponge choisie à cet effet et mise de côté. Cette éponge est destinée à recevoir le sang qui provient inévitablement des piqûres faites par les aiguilles à suture. De plus, elle protègera l'intestin et le préservera de toute atteinte.

Les sutures doivent être profondes, c'est-à-dire qu'elles doivent comprendre toute l'épaisseur de la paroi abdominale avec le péritoine.

Voici comment nous les avons vu pratiquer par nos maîtres :

La main droite armée de l'aiguille tubulée et la gauche d'une pince à disséquer, à un centimètre ou un centimètre et demi du bord de l'incision suivant l'épaisseur de la paroi abdominale, le chirurgien traverse de part en part, de dehors en dedans toutes les couches de la lèvre droite de la plaie, jusques et y compris le péritoine qui est quelquefois un peu décollé ou rétracté et qu'il faut attirer vers la ligne médiane avec la pince ; puis passant à la lèvre gauche de l'incision il répète la même manœuvre, mais en procédant cette fois de dedans en dehors, c'est-à-dire en commençant par le péritoine pour finir par la peau qu'il traverse en un point symétrique à celui par lequel il a commencé son point de suture sur la lèvre opposée.

A ce moment un des aides armé d'un gros fil d'argent préalablement coupé à longueur voulue, (20 centim.) et soigneusement étiré l'introduit dans la tubulure de l'ai-

guille et l'y pousse jusqu'à ce qu'il se montre à l'autre extrémité.

L'aide opposé saisit alors avec une pince hémostatique l'extrémité du fil qui vient vers lui ; le chirurgien retire l'aiguille et l'autre aide saisit à son tour l'extrémité du fil qui lui correspond avec une autre pince hémostatique. Puis les deux chefs du fil sont abandonnés et le chirurgien procède à un autre point de suture et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il en ait fait le nombre nécessaire. On laisse généralement entre chaque suture profonde un intervalle d'un centimètre et demi à deux centimètres.

Lorsque tous les fils sont ainsi passés, le chirurgien saisissant les deux pinces hémostatiques supérieures qui correspondent aux deux chefs du fil de la première suture pratique la torsion de ce fil et le premier point est achevé. Il fait de même pour tous les autres. Mais au fur et à mesure qu'il descend il a soin de faire glisser l'éponge préservatrice qu'il a placée dans la cavité abdominale et il l'enlève lorsqu'il ne reste plus qu'un ou deux points de suture à serrer et que la nécessité l'y oblige.

Souvent il est nécessaire pour avoir un affrontement parfait de le compléter par quelques points de suture superficielle entre les points de la suture profonde. On les pratiquera avec des aiguilles à suture ordinaires et ils n'intéresseront que le tissu cellulaire sous-cutané.

On le voit, c'est là suture entrecoupée que nous préférons et le fil métallique.

Mais nous ne nions pas que les sutures avec le fil de soie, telles que les font Spencer, Welles, Kiéberlé et Péan né soient aussi de bonnes sutures.

## PANSEMENT.

L'opération proprement dite est terminée ; il faut procéder au pansement.

Dès ce moment on cessera d'administrer le chloroforme.

Nous avons intentionnellement posé en règle l'application de la méthode antiseptique de Lister et nous avons évité d'en discuter l'opportunité. Ce point, en effet, ne rentrait pas directement dans le cadre du sujet que nous avons choisi. Cependant, en laissant de côté toute idée théorique pour laquelle, du reste, nous ne nous faisons p scrupule d'avouer notre incompétence, le résultat des cas que nous avons eu l'occasion d'observer nous a paru si intimement lié à l'ensemble de toutes les précautions employées que nous n'aurions pu dans notre pensée séparer la méthode antiseptique du procédé opératoire de l'ovariotomie.

Le pansement sera donc pour nous rigoureusement celui de Lister. Avant de l'appliquer, il faudra laver soigneusement l'abdomen avec de l'eau faiblement phéniquée et tiède, [enlever tous les linges souillés pendant l'opération.

La vulve et le pubis seront lavés avec de l'eau simple pour éviter la cuisson que procure l'acide phénique sur ces parties délicates. On essuiera avec des linges chauds et pendant cette opération il faudra prendre soin que la malade ne se refroidisse pas. Chaque point sera donc essuyé au fur et à mesure que l'éponge aura passé.

Puis sur la ligne des sutures sera appliquée une bandelette de « protective », par-dessus cette bandelette, une

série de petites compresses de gaze phéniquée méthodiquement appliquées sur toute la longueur de la plaie en une couche d'une épaisseur égale partout, puis par-dessus ces compresses la « pièce de pansement » composée d'un grand morceau de gaze phéniquée pliée sur huit épaisseurs, dépassant de tous les côtés les limites des pièces inférieures du pansement et contenant un morceau de Mackintosh de même dimension qu'elle, interposée entre les deux, plus superficielles des couches de gaze phéniquée dont elle se compose.

Certains ovariotomistes conseillent de soutenir les sutures par l'application sur la paroi abdominale de larges bandelettes collodionnées à leurs extrémités. Ces bandelettes servent de sangle et sont destinées à diminuer la tension sur les sutures dans les effets de vomissements qui surviennent si fréquemment après l'opération.

Cette pratique ne nous paraît pas indispensable. On y supplée par la compression ouatée qui a l'avantage de s'appliquer plus aisément, de s'enlever facilement et remplit d'ailleurs simultanément d'autres indications.

Par-dessus le pansement on mettra une forte épaisseur de ouate préalablement chauffée et un bandage de corps en flanelle maintiendra le tout en exerçant une forte compression.

Chez certaines femmes le ventre est extrêmement rétracté après l'opération et semble entièrement vidé. On sent la colonne vertébrale directement sous le doigt à travers la paroi abdominale antérieure. Il faudra dans ce cas mettre beaucoup de ouate pour remplir ce creux et prendre de plus la précaution d'en garnir les crêtes iliaques et surtout les épines iliaques antérieures qui sans cela supporteraient une trop forte compression, ce qui deviendrait la cause de

douleurs et même dans certains cas d'eschares superficielles.

L'opérée peut alors être reportée dans son lit. Les jambes seront détachées et soulevées hors des gouttières et on enlèvera les serviettes ou les flanelles dont on avait recouvert le bandage d'enveloppement pour l'empêcher d'être souillé. De chaque côté de la malade un aide saisit alors la poignée du coussin mobile, un autre aide soutient les jambes et la malade est amenée sur son lit. Là les coussins sont séparés et tirés de chaque côté, et la malade repose alors directement sur son lit. Ce transport se fait ainsi sans la moindre secousse.

## SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

L'opérée a été replacée dans son lit, il importe tout de suite de lui donner une position convenable : elle doit être dans le décubitus dorsal ; des oreillers soulèvent la tête et le dos. Un coussin est placé sous les jarrets pour maintenir les genoux en demi-flexion.

Le lit a été chauffé en hiver et des boules d'eau chaude sont disposées autour du corps et aux pieds de l'opérée ; si celle-ci dort d'un sommeil paisible, il est inutile de la réveiller. Mais d'ordinaire elle se réveille dès l'opération faite, et présente même parfois un peu d'excitation, que le chirurgien s'efforcera d'atténuer en la rassurant. Il faut, autant que possible, éloigner en ce moment les personnes de la famille qui ne pourraient que la surexciter encore.

Le chirurgien s'éloigne alors et c'est la garde qui désormais s'occupe de l'opérée et qui sera appelée à lui donner les soins de chaque instant que sa position réclame.

Le cathétérisme sera fait toutes les trois ou quatre

heures. L'opérée est en effet presque toujours incapable d'uriner seule, par suite de la paralysie vésicale qui accompagne le traumatisme péritonéal. D'ailleurs, en fût-elle capable, il faudrait cependant encore la sonder pour lui éviter, surtout dans les premiers temps, tout effort de la paroi abdominale. Ce n'est en général qu'au quatrième ou cinquième jour que la vessie reprend ses fonctions.

Quelquefois le cathétérisme est douloureux ; il sera bon de remédier à cela en graissant l'instrument avec de l'huile belladonée.

La chambre devra être maintenue à une température de 18 à 22°. On veillera avec soin à éviter les courants d'air qui pourraient être une cause de bronchite et, par suite, de toux. Or, on devine avec quelle sollicitude il faut éviter les contractions spasmodiques qui secoueraient la malade et seraient une cause de désunion de la plaie et même de péritonite.

Il est évident que les plus grands soins de propreté doivent pendant tout ce temps entourer la malade. Les parties génitales et l'anus seront lavés plusieurs fois par jour. Si le siège est douloureux au bout des sept ou huit premiers jours, on fera prendre à la malade la position du décubitus latéral.

La première journée est pénible à cause des effets du chloroforme. Des nausées et des vomissements se montrent souvent. Pour les combattre on aura recours aux boissons glacées. Pendant les premières heures, on ne donnera à l'opérée que quelques fragments de glace, si elle est trop altérée. Plus tard, on aura recours à des boissons alcooliques, du rhum, du cognac coupé d'eau, du champagne frappé que l'on pourra alterner. Souvent et peu à la fois, telle est la règle à suivre. Il est évident que si la malade

sommeille, on ne la dérangera pas. Si elle ne réclame pas trop impérieusement à boire, on ne lui en offrira que toutes les heures. Il est avantageux de donner toutes les boissons glacées, et si les nausées deviennent plus fortes il y aurait avantage à faire avaler quelques petits fragments de glace.

Si la malade souffre, on insistera sur les préparations opiacées, soit sous forme d'injections de morphine, soit encore sous forme de lavements laudanisés ou de suppositoires.

Il est même des chirurgiens qui donnent à leurs opérées de la morphine, bien qu'elles ne souffrent pas, dans le double but de prévenir les douleurs et d'immobiliser l'intestin.

Si l'on a affaire à une femme fort affaiblie, dès le premier jour il est bon de commencer à l'alimenter. Pour cela on pourra administrer des lavements alimentaires, que l'on répétera toutes les six heures, en ayant soin toutefois de ne pas troubler le sommeil de la malade et par conséquent de s'abstenir quand elle repose. La formule de ces lavement peut être la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Vin de Porto . . . . . . | 40 | grammes. |
| Bouillon . . . . . . . . . | 120 | — |
| Jaune d'œuf. . . . . . . | n° 1. | |

Comme traitement préventif de l'inflammation certains chirurgiens, MM. Péan, Kœberlé entre autres, appliquent sur le ventre, par-dessus le pansement de Lister, des vessies renfermant des fragments de glace.

La fièvre traumatique se montre rarement.

Tant que la température ne s'élève pas au delà de 38°,

le pouls au delà de 120 pulsations, que la douleur abdominale n'est pas intense, qu'il n'y a pas de vomissements, on peut être rassuré sur le sort de l'opérée. Cependant on peut essayer d'atténuer encore cette réaction au moyen des préparations d'aconit, de la teinture de racines à la dose de 2 à 4 grammes, de l'aconitine en granules. Si la fièvre dépasse 38 et le pouls 120, il faut recourir au sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. On augmentera si la fièvre devient plus intense. Il est mauvais de chercher à introduire ce médicament par la bouche, l'estomac le tolère mal et il en résulte souvent des vomissements fâcheux. Il est mieux de l'incorporer dans un lavement alimentaire ou de le faire absorber par le rectum en même temps que du laudanum s'il existait des douleurs.

Une fièvre intense empêcherait de penser pendant les premiers jours à une alimentation sérieuse par la bouche. On se contenterait des boissons glacées et alcoolisées et des lavements alimentaires.

Si au contraire la fièvre est peu intense, vers le troisième jour on pourra prescrire du bouillon glacé et au quatrième faire sucer à la malade une côtelette ou un bifteck. Le cinquième jour, on cessera les lavements alimentaires, et on prescrira une alimentation plus sérieuse et subordonnée au goût des malades. Le lait glacé dans tous les cas est un excellent aliment et est bien toléré, à la condition que les malades après l'avoir pris se rincent la bouche avec de l'eau de Vichy ou toute autre préparation alcaline qui empêche le lait de séjourner entre les dents où il donne lieu à une fermentation désagréable.

Ce n'est que vers le quatrième et le cinquième jour que l'on doit penser à favoriser les garde-robes au moyen de lavements évacuants. M. Péan se sert de lavements de fiel

de bœuf qui déterminent des selles sans la moindre colique. Il suffit de mettre trois ou quatre cuillerées de fiel de bœuf frais dans un quart de lavement émollient. Ces lavements peuvent être répétés tous les jours.

Cependant qu'est devenue la plaie? Si le pédicule a été laissé au dehors, vers le troisième ou quatrième jour au plus tard, il sera néceseaire de changer le pansement. Si c'est le clamp qui a été appliqué on a soin de le resserrer progressivement. Il devient libre assez vite. Quand c'est la ligature et l'embrochement, ce n'est que du 15e au 20e jour que les fils de fer et les broches deviennent libres lorsque la portion du pédicule située au-dessus de la constriction tombe par le fait de la mortification.

Les fils sont ordinairement retirés vers le huitième jour. Cependant quelques chirurgiens, et notre maître M. Terrier est du nombre, ayant remarqué que la suppuration se faisait parfois au niveau des fils laissés trop longtemps en place, préfèrent les enlever plus tôt, vers le troisième ou quatrième jour. Il nous semble qu'il est bon de se guider un peu sur l'épaisseur des parois abdominales. A-t-on affaire à une femme obèse, il est évident que sept jours ne sont pas trop pour amener une réunion immédiate, tandis que chez un sujet maigre, on pourra espérer cette réunion vers le quatrième ou cinquième jour.

Les fils enlevés, on lave la plaie soigneusement avec une solution d'acide phénique, dans une atmosphère phéniquée.

Il faut pendant quelque temps encore maintenir la suture. On se sert pour cela de bandelettes collodionnées ordinaires que l'on applique des deux côtés de la paroi en ayant soin de tirer sur les parties latérales de l'abdomen, de manière que ces liens fassent une certaine traction. M. Péan emploie la méthode suivante. Il fait insinuer des fils entre deux bandelettes de tarlatane qu'il applique de chaque côté de la plaie sur les parois du ventre, au moyen de collo-

dion. Les fils sont alors noués ensemble de façon que le nœud ne porte pas sur la suture abdominale.

Par-dessus on réapplique le pansement de Lister, de la ouate, et la bande de flanelle qui forme bandage de corps.

Le même pansement peut être renouvelé au bout de six à huit jours, jusqu'à ce que la réunion paraisse solide.

On permet alors à la malade de se lever, de faire quelques pas dans sa chambre, après avoir eu soin de lui faire confectionner une bonne ceinture abdominale que l'on applique par-dessus le pansement. Plus tard encore, le pansement est enlevé, et la malade conservera simplement sa centure. Il arrive quelquefois que celle-ci est mal supportée ou maintient assez mal le ventre. On pourra dans ces cas la remplacer par une longue pièce d'étoffe légère, dans laquelle l'opérée s'enroulera en ayant soin de la placer le plus bas possible.

Tels sont les soins à donner dans les cas simples; voyons maintenant ce qu'il faut faire s'il survient des complications.

Il arrive souvent que les malades trop affaiblies restent épuisées après l'opération, dans cet état que les anglais appellent le *shock*, et qui n'est autre qu'une dépression nerveuse profonde amenée par le traumatisme chirurgical. C'est alors que les soins de toute nature sont surtout nécessaires. Il faut s'efforcer de réchauffer la malade en l'entourant sans cesse de linges chauds. On insistera sur les boissons alcooliques. La morphine est contre-indiquée et ne pourrait que déprimer encore l'opérée, on s'en abstiendra. Les lavements alimentaires seront donnés régulièrement dès l'opération. Les injections sous-cutanées d'éther comme agents de stimulation, rendraient ici les plus grands services.

*La péritonite* est avec la septicémie la complication la plus fréquente et celle qui tue le plus souvent les opérées après l'ovariotomie. On voit alors la température s'élever tandis que le pouls prend une fréquence inusitée. Le ventre est d'abord sensible, douloureux, puis il se ballonne et rend la striction du bandage intolérable. Bientôt surviennent des vomissements porracés.

Dès qu'il y a menace de cette complication, on aura recours à l'opium à doses fractionnées, tandis qu'on donnera des quarts de lavement de fiel de bœuf une ou deux fois par jour; s'il y a de violentes contractions intestinales, des spasmes, il est avantageux de donner une potion contenant un demi-milligramme d'atropine. On pourra dans ce cas appliquer sur le ventre des vessies de glace qui seront renouvelées très régulièrement.

Si la péritonite se généralise, la mort survient d'ordinaire assez rapidement. Si l'inflammation au contraire se localise, elle amène de nouvelles indications. On voit alors se produire des collections purulentes dans les diverses régions de l'abdomen. Dans un cas, opéré par M. Tillaux en province, il survint vers le vingtième jour un phlegmon iliaque qui se vida dans le rectum.

C'est dans ce cas qu'on a d'abord proposé et payé le drainage du cul-de-sac postérieur du vagin. Nous pensons que la péritonite sera rarement atténuée par cette manière de faire.

Voici à ce sujet comment s'exprime M. Péan (1).

« Si dans les premiers jours, une péritonite se produit et qu'elle soit généralisée, le passage d'un tube n'en peut qu'accélérer la terminaison fatale. Si elle est enkystée ou

(1) Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, p. 93.

si elle s'enkyste dans les régions sus-ombilicales, c'est-à-dire hors de la portée du tube, mieux vaut se borner à faire une ou plusieurs ponctions avec le trocart muni ou non d'un aspirateur. Même difficulté si le liquide s'enkyste dans les fosses iliaques. Si c'est dans le bassin, le plus souvent il se fera jour par lui-même le long du pédicule, si le dernier a été attiré à l'angle inférieur de la plaie. A l'aide de pressions douces, de cataplasmes émollients, au besoin d'un petit fragment de tube de caoutchouc, introduit entre les lèvres, de la plaie, le pus sortira et la guérison s'ensuivra sans qu'on ait besoin de rien compromettre par l'introduction d'un tube qui pourrait rompre des adhérences salutaires. Si le liquide enkysté dans la cavité pelvienne, sort mal par cette voie et si la collection est accessible par le vagin, rien de plus simple que de faire une incision sur le cul-de-sac postérieur de ce canal, derrière l'utérus, de prévenir l'hémorrhagie qui pourrait en résulter par l'application d'une longue pince hémostatique et d'introduire un tube de caoutchouc, de gomme élastique ou même une sonde à double courant qui permettra l'écoulement du pus et au besoin des lavages antiseptiques pendant le nombre de jours nécessaires. » Nous nous rallions entièrement à cette opinion.

Nous avons déjà dit un mot des abcès qui peuvent se former sur le trajet des fils. Ils s'accompagnent en général de fièvre vive (40° 120 p.) et de phénomènes généraux graves ; c'est là cependant une complication d'assez peu d'importance. Au bout de quelques jours, le pus apparaît au niveau d'un des points de la suture et la fièvre tombe bientôt. La suppuration peut durer pendant longtemps, un mois quelquefois, mais elle finit par se tarir et la guérison est complète. A moins d'abcès faisant saillie dans la paroi, il est inutile d'intervenir.

L'*hémorrhagie* est surtout à craindre dans les premiers jours, mais elle peut aussi se montrer sept et huit jours après l'opération surtout dans les cas où le pédicule a été attiré au dehors. La conduite à tenir varie suivant que l'hémorrhagie se fait par ce pédicule ou dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, la personne attachée à l'opérée comprimera la surface saignante au moyen du doigt ou d'un morceau d'amadou jusqu'à l'arrivée du chirurgien qui resserrera le clamp. Une garde exercée peut fort bien le remplacer pour cette petite manœuvre. Si l'hémorrhagie se fait dans la cavité abdominale, il n'y a qu'un seul moyen de salut, c'est de faire sauter les sutures, d'aller à la recherche du vaisseau et de faire à nouveau la suture du péritoine. Dans un cas de Kœberlé, la guérison paraissait assurée le douzième jour, quand elle fut entravée par une hémorrhagie de l'artère ovarique. Arrêtée par la compression méthodique, elle se reproduisit un jour et demi après. M. Kœberlé dans ces circonstances n'hésita plus ; il déchira la partie inférieure de la cicatrice, mit en liberté le pédicule dont l'artère ovarique fut saisie et maintenue par une pince laissée à demeure et il procèda à l'extraction des caillots qui répandaient déjà une odeur ammoniacale très prononcée. La guérison était complète au trente-deuxième jour. Un traitement aussi radical ne laisse pas que de faire courir de nouveaux dangers aux opérées ; il importe de prévenir autant que possible ces hémorrhagies par la compression ouatée sur l'abdomen afin d'empêcher l'issue du sang par les adhérences.

D'autres complications peuvent encore se montrer à la suite de l'ovariotomie. Malheureusement le traitement a peu de prise sur elles ; ce sont l'occlusion intestinale et le tétanos.

---

## QUESTIONS

### SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Anatomie et histologie normales.* — Articulation du coude.

*Physiologie.* — Du toucher.

*Physique.* — Conductibilité des corps pour la chaleur; applications à l'hygiène.

*Chimie.* — De la potasse, de la soude, de la lithine; leur préparation, leurs caractères distinctifs.

*Histoire naturelle.* — Des caractères généraux des arachnides; leur division. Des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme (sarcopte et demodex, etc.)?

*Pathologie externe.* — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

*Pathologie interne.* — De la maladie désignée sous le nom de goître exophthalmique.

*Pathologie générale.* — De l'influence des causes morales dans les maladies.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — Des hydatides du foie.

*Médecine opératoire.* — De la résection du genou et de ses indications,

*Pharmacologie.* — Qu'entend-on par saccharolés? Comment les divise-t-on? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

*Thérapeutique.*— Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

*Hygiène.* — Des vêtements.

*Médecine légale.* — Des caractères distinctifs des taches de sperme d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

*Accouchements.* — De l'hydramnios.

---

Vu par le Président de la thèse,
GOSSELIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
GRÉARD